



**You have downloaded a document from**  
**RE-BUŚ**  
**repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Promocja zdrowia w środowisku lokalnym : założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje : (perspektywa pedagogiczna)

**Author:** Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

**Citation style:** Kowalczevska-Grabowska Katarzyna. (2013). Promocja zdrowia w środowisku lokalnym : założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje : (perspektywa pedagogiczna). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersytet ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego



KATARZYNA  
KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA

# Promocja zdrowia w środowisku lokalnym

Założenia teoretyczne  
i praktyczne egzemplifikacje  
(perspektywa pedagogiczna)

**WYDAWNICTWO  
UNIwersYTETU ŚLĄSKIEGO**

Katowice 2013



# Promocja zdrowia

w środowisku lokalnym



NR 3123

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

# Promocja zdrowia

w środowisku lokalnym

Założenia teoretyczne  
i praktyczne egzemplifikacje  
(perspektywa pedagogiczna)



Redaktor serii: Pedagogika  
Katarzyna Krason

Recenzent  
Anna Weissbrot-Koziarska

## Spis treści

Wstęp . . . . .	7
Interdyscyplinarna refleksja nad pojęciem zdrowia . . . . .	13
Wybrane koncepcje teoretyczne i konteksty historyczne promocji zdrowia . . . . .	29
Projekty i programy promocji zdrowia inicjowane przez WHO i ich rozwój. Perspektywa międzynarodowa i krajowa . . . . .	41
Projektowanie i ewaluacja programów promocji zdrowia . . . . .	69
Perspektywa lokalna w promocji zdrowia . . . . .	85
Partycypacja mieszkańców w działaniach na rzecz zdrowia publicznego	119
Rola pedagoga społecznego w promowaniu zdrowia lokalnych społeczności . . . . .	137
Bibliografia . . . . .	149
Summary . . . . .	171
Résumé . . . . .	173





## Wstęp

Zagadnienia dotyczące zdrowia i promocji zdrowia przedstawione są w licznych publikacjach z zakresu medycyny, psychologii, socjologii, ekonomii i pedagogiki. Autorzy tych publikacji koncentrują się wokół teoretycznych analiz związanych z ideą promocji zdrowia, i to najczęściej w odniesieniu do aktualnej wiedzy określonej dyscypliny naukowej. W niniejszej pracy podjęto próbę zaimplementowania idei promocji zdrowia do pedagogiki społecznej i określenia zadań pedagoga społecznego wobec lokalnych społeczności w zakresie pomnażania ich zdrowotnego potencjału. W literaturze przedmiotu szczególnie istotne są rozważania prof. dr hab. Ewy Syrek na ten temat<sup>1</sup>. W prezentowanej publikacji przedstawiono teoretyczne ujęcie problemu, ale również podjęto analizę dotychczasowych działań z zakresu promocji zdrowia na terenie województwa śląskiego. Aktywność badawcza – co starano się tutaj udowodnić – powinna wyrażać się nie tylko w poznawaniu faktów, zjawisk i procesów, w odniesieniu zarówno do jednostek, jak i do zbiorowości ludzkich, lecz także w opisie faktów i zjawisk oraz przebiegu tych procesów, wyjaśnianiu i prognozowaniu przebiegu badanych zjawisk, poszukiwaniu związków przyczynowo-skutkowych lub statystycznych czy zdobywaniu danych użytecznych do konstruowania

---

<sup>1</sup> E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2001, s. 599–624; E. SYREK: *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008, s. 207–218.

teoretycznej wiedzy pedagogicznej i wspomaganiu praktyki pedagogicznej<sup>2</sup>.

Książka składa się z siedmiu rozdziałów. W rozdziale pierwszym – *Interdyscyplinarna refleksja nad pojęciem zdrowia* – zaprezentowano w sposób skrótowy wielowiekową historię zainteresowania kwestiami zdrowia. Omówiono podstawowe paradygmaty zdrowia i przytoczono najistotniejsze definicje zdrowia, uwzględniając liczne interdyscyplinarne analogie. Odniesiono się również do zagadnienia zdrowia publicznego i zdrowotnej polityki społecznej. Rozdział ten kończą rozważania na temat zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej. Podjęto w nich próbę uzasadnienia potrzeby zainteresowania przedstawicieli pedagogiki społecznej problematyką zdrowia, podkreślając konieczność podejmowania interdyscyplinarnych, opartych na wieloparadygmatyczności rozwiązań – teoretycznych i metodologicznych. W tym miejscu przytoczono również wyniki dotychczasowego zainteresowania przedstawicieli tej nauki kwestiami zdrowia, począwszy od prezentacji dokonanych Heleny Radlińskiej, a skończywszy na omówieniu instytucjonalizacji pedagogiki zdrowia.

W drugim rozdziale opracowania: *Wybrane koncepcje teoretyczne i konteksty historyczne promocji zdrowia*, zajęto się dotychczasowymi osiągnięciami w dziedzinie promocji zdrowia. Przytoczono liczne dokumenty, które przyczyniły się do rozwoju idei promocji zdrowia na świecie, i dokonano krótkiej ich charakterystyki. Opisano również najistotniejsze strategie realizacji koncepcji promocji zdrowia. Krótko omówiono konferencje na temat promocji zdrowia, których pomysłodawcą była Światowa Organizacja Zdrowia, a które od lat cyklicznie organizowane są na całym świecie.

Kolejny rozdział, zatytułowany *Projekty i programy promocji zdrowia inicjowane przez WHO i ich rozwój. Perspektywa międzynarodowa i krajowa*, zawiera charakterystykę najważniejszych projektów i programów Światowej Organizacji Zdrowia, które od początku istnienia koncepcji promocji zdrowia są realizowane z powodzeniem na całym świecie. Należą do nich: *Narodowy Program Zdrowia*, *Zdrowie miasta*,

---

<sup>2</sup> S. PALKA: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: GWP, 2006, s. 42.

*Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, Zdrowe miejsce pracy.* Zaprezentowano również propozycje programów z zakresu promocji zdrowia opracowanych w Polsce.

Następny rozdział – *Projektowanie i ewaluacja programów promocji zdrowia* – poświęcony został omówieniu podstawowych zagadnień związanych z konstruowaniem profesjonalnych programów promocji zdrowia. Opisano w tym rozdziale kolejne etapy działań, które należy uwzględnić w planowaniu, realizacji i ewaluacji programów z zakresu promocji zdrowia.

Dwa kolejne rozdziały: *Perspektywa lokalna w promocji zdrowia* i *Partycypacja mieszkańców w działaniach na rzecz zdrowia publicznego*, to empiryczna część książki. Podjęto w nich próbę analizy dotychczasowych działań w obszarze promocji zdrowia w lokalnym środowisku. Zaprezentowano dane pochodzące z Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach oraz z urzędów miast Chorzowa i Tychów. Dane te dotyczyły stopnia realizacji programów promocji zdrowia w określonych jednostkach terytorialnych w województwie śląskim. W tej części pracy użytkano odpowiedzi na liczne pytania badawcze, mianowicie:

1. W jakim stopniu realizowano cel nr 12 obowiązującego *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015*, dotyczący stopnia aktywizacji jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa na terenie województwa śląskiego?

- W których jednostkach terytorialnych województwa śląskiego opracowywano i wdrażano regionalne programy profilaktyki i promocji zdrowia w okresie obowiązywania *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015*?
- W których jednostkach terytorialnych województwa śląskiego aplikowano o uzyskanie dofinansowania ze środków Unii Europejskiej do projektów na rzecz ochrony zdrowia w okresie obowiązywania *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015*?
- Które z jednostek terytorialnych województwa śląskiego podjęły współpracę z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w okresie obowiązywania *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015*?

2. Jakie programy z zakresu ochrony zdrowia realizowane są przez urzędy miast w Chorzowie i Tychach?

3. Czy, a jeśli tak, to jakie organizacje pozarządowe realizują programy samopomocowe w obszarze zdrowia na terenie Chorzowa i Tychów?

W podjętych rozważaniach wybór określonych metod i technik badawczych podyktowany został specyfiką postawionych problemów. W celu zgromadzenia materiału zastosowano metodę monografii oraz technikę analizy dokumentów. „Metoda monograficznego badania układu społecznego [...] polega na specjalnym sposobie organizowania danych społecznych tak, aby podkreślić jednolity charakter badanego układu społecznego. [...] Jest to podejście polegające na traktowaniu układu społecznego jako pewnej całości [...] i dąży do zanalizowania układu relacji między częściami tej całości, zasad jej funkcjonowania i dynamiki”<sup>3</sup>. Monografie społeczności lokalnej, najczęściej skoncentrowane na jakimś problemie, pełnią rolę narzędzia poznania zjawisk o dużym znaczeniu, szczególnie dla środowiska, którego dotyczą. Monografia społeczności lokalnej jest w pewnym sensie metodą interdyscyplinarną i metodą badań kompleksowych. Służyć też może jako narzędzie integracji poczyniań badawczych przedstawicieli różnych dziedzin<sup>4</sup>. Podjęte badania miały charakter diagnostyczny i zmierzały do ustalenia istniejącego stanu rzeczy, a przeprowadzony opis uzyskanych danych przyjął analityczny i wyjaśniający charakter<sup>5</sup>.

Ostatni rozdział niniejszego opracowania: *Rola pedagoga społecznego w promowaniu zdrowia lokalnych społeczności*, stanowi próbę syntezy dotychczasowych rozważań i uszczegółowienia zadań, jakie stoją przed pedagogiem społecznym, również w sferze praktycznego działania w obrębie pomnażania potencjału zdrowotnego lokalnych społeczności.

---

<sup>3</sup> W.J. GOODE, P.K. HATT: *Monograficzne badania terenowe*. W: *Metody badań socjologicznych*. Red. S. NOWAK. Warszawa: PWN, 1965, s. 332–333.

<sup>4</sup> J. LUTYŃSKI: *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe, 1994, s. 303.

<sup>5</sup> D. SKULICZ: *Badania opisowe i badania diagnostyczne*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. PALKA. Gdańsk: GWP, 2010, s. 227–228.

Publikacja przeznaczona jest dla studentów pedagogiki, szczególnie pedagogiki zdrowia, ale również może okazać się przydatna studentom kierunków pielęgniarstwa czy słuchaczom studiów podyplomowych z zakresu nauk pedagogicznych, socjologicznych, medycznych związanych ze zdrowiem publicznym. Może zainteresować przedstawicieli lokalnych samorządów, podejmujących inicjatywy prozdrowotne w lokalnych społecznościach i stanowić dla nich pomocną lekturę w projektowaniu i realizacji przedsięwzięć z obszaru promocji zdrowia.

Podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia ma na celu dokonywanie pożądanых zmian w rzeczywistości społecznej i winno stać się obowiązkiem wszystkich obywateli w demokratycznym społeczeństwie, a niniejsza książka ma stanowić przyczynek do zwiększenia zainteresowania zdrowiem lokalnych społeczności.



## Interdyscyplinarna refleksja nad pojęciem zdrowia

Dyskusja na temat tego, czym jest zdrowie, budzi wiele kontrowersji, szczególnie dlatego, że przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych w odmienny sposób odnoszą się do tej problematyki, zresztą nie-rzadko ograniczając się jedynie do opracowania koncepcji choroby, jako wyznacznika działań na przykład dla lekarzy<sup>1</sup>. Poruszany problem jest złożony i ma charakter interdyscyplinarny, dotyczy zagadnień z zakresu nie tylko medycyny, lecz także socjologii, polityki społecznej, psychologii i pedagogiki.

Zainteresowanie tematyką zdrowia na przestrzeni wieków przybierało różne formy oraz ulegało znacznym przeobrażeniom; dopiero w drugiej połowie XIX wieku wyeksponowano zdrowie jako jedną z naczelných wartości społecznych<sup>2</sup>.

W starożytnej Grecji zagadnienia związane ze zdrowiem mają swoje korzenie w politeistycznej religii Greków. Od VII wieku p.n.e. wielkim kultem otaczano Asklepiosa, który jako jedyny bóg zajmował się medycyną i leczeniem. Dla innych bogów (na przykład Apolla, Artemidy, Hekate, Dionizosa) zagadnienia związane z leczeniem chorób zakwalifikowane były jako mniej ważne. Świątynie Asklepiosa wraz ze szkołami lekarskimi i z „lecznicami” pod patronatem tego boga cie-

---

<sup>1</sup> B. URAMOWSKA-ŻYTO: *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2009, s. 65.

<sup>2</sup> R. TULLI: *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia*. W: *Socjologia medycyny...*, s. 339.



szyły się dużą popularnością wśród licznie przybywających chorych, liczących na cud uzdrowienia<sup>3</sup>.

Początki teorii zdrowia i choroby wywodzą się również z filozofii. Grecy i rzymscy filozofowie oraz lekarze ery przedsokratesowej opierali swoje analizy dotyczące chorób i zdrowia na schemacie uniwersalnym, w którym kładziono nacisk na równowagę bądź zaburzenia części stałych, części płynnych i części psychicznych organizmu<sup>4</sup>. Tales za początek wszystkiego uważał wodę. Myśl Talesa stała się podstawą humoralnej teorii zdrowia i choroby (z gr. *humor* – ‘to, co płynie’); teoria ta przetrwała ponad dwadzieścia wieków<sup>5</sup>. Jednym z pierwszych, który uporządkował wiedzę na temat zdrowia i choroby, był Hipokrates. Jego zdaniem, dobre samopoczucie oznaczało zdrowie, a złe było wynikiem choroby<sup>6</sup>. I chociaż koncepcja ta, nacechowana subiektywizmem, znacznie zawężała pojęcie zdrowia, to w kulturze europejskiej przetrwała w niezmienionej postaci aż do narodzenia się nowej filozofii kartezjańskiej, czyli mechanistycznego widzenia świata i człowieka<sup>7</sup>.

Do popularyzacji idei zdrowia znacząco przyczynił się Kościół, szczególnie w Polsce. W epoce średniowiecza zagadnienia związane z oświatą zdrowotną przybierały najczęściej formę pouczeń kierowanych do wiernych Kościoła i docierały do wąskiego grona odbiorców.

Wyraźny rozkwit zainteresowania tematyką zdrowia przypadł na okres oświecenia. Dzięki działalności Komisji Edukacji Narodowej naukę o zdrowiu i wychowanie zdrowotne wprowadzono do szkół. W tym czasie szczególnie zasłużeni dla nauki o zdrowiu byli: współtwórca ustaw Komisji Edukacji Narodowej Grzegorz Piramowicz (1735–1801), uznany za pierwszego polskiego higienistę szkolnego<sup>8</sup>,

<sup>3</sup> Ibidem, s. 341–342.

<sup>4</sup> M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2010, s. 21.

<sup>5</sup> R. TULLI: *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia...*, s. 343.

<sup>6</sup> M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 21.

<sup>7</sup> T.B. KULIK: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WRÓŃSKA. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli, 2000, s. 15–16. Por. Ch.L. SHERIDAN, S.A. RADMACHER: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, s. 4.

<sup>8</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 78.

i Jędrzej Śniadecki (1768–1838), uważany za prekursora wychowania zdrowotnego<sup>9</sup>.

W okresie rozbiorów pedagogzy oraz lekarze podejmowali różne inicjatywy związane ze sferą promocji zdrowia i popularyzowali ideę zdrowia wśród ludności<sup>10</sup>. Szczególne zainteresowanie tematyką zdrowia przypadło na przełom XIX i XX wieku, co niewątpliwie miało związek z ówczesną sytuacją społeczno-ekonomiczną kraju. Szerzące się choroby oraz niski stan higieny wynikały z „braku wiedzy o zdrowiu i sposobach jego pielęgnowania, braku odpowiednich nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia oraz braku samego zainteresowania tą problematyką”<sup>11</sup>. W kwestii popularyzacji tematyki zdrowia obok lekarzy swoje zasługi mieli również znani pedagogzy tamtych czasów: Henryk Wernic, Adolf Dygasiński, Aniela Szycówna, Iza Moszczeńska<sup>12</sup>. Szeroko zakrojone dyskusje lekarzy i pedagogów doprowadziły do nadania ruchowi higienicznemu charakteru wychowawczego; higiena była obecna już nie tylko w środowisku szkolnym, stopniowo jej świadomość rozciągała się na całe społeczeństwo. W zależności od sytuacji panującej w danym kraju odpowiedzialność za szerzenie higieny oraz inicjatywa w tym zakresie przypadały określonym siłom, na przykład w Anglii rolę wiodącą odgrywały samorządy, we Francji – państwo, a w USA – prywatne fundacje i towarzystwa filantropijne.

Nie rezygnowano z krzewienia zdrowia wśród społeczeństwa. Z pomocą przychodziły czasopisma ludowe, na przykład „Zorza”, „Gazeta Niedzielną” i „Zaranie”, oraz broszury ludowe, wydawane przez polskich działaczy na Śląsku, w Wielkopolsce oraz na Warmii i Mazurach. Ukazywały się w tym czasie również pisma higieniczne: „Przyjaciel Zdrowia”, „Zdrowie” oraz „Lekarz”. Organizowano liczne odczyty,

<sup>9</sup> Ibidem, s. 80.

<sup>10</sup> L. BARIĆ, H. OSIŃSKA: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i praktyków*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, 2006, s. 12.

<sup>11</sup> *Zdrowie i edukacja prozdrowotna społeczeństwa polskiego na przestrzeni XIX i XX wieku. Wybrane aspekty*. Red. M. POŚLUSZNA. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2007, s. 8–9.

<sup>12</sup> M. DEMEL: *Początki higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego*. W: *Historia wychowania*. Red. Ł. KURDYBACHA. T. 2. Warszawa: PWN, 1967, s. 737.

wykłady, wystawy skierowane do wszystkich warstw społecznych, co niewątpliwie przyczyniło się do powstania wychowania zdrowotnego<sup>13</sup>.

Dotychczasowe poglądy na temat zdrowia doprowadziły do wyłonienia się w XIX wieku modelu biomedycznego oraz społeczno-ekologicznego, rozumianego jako holistyczne podejście do zdrowia. Przełomem w naukach o zdrowiu było również opracowanie koncepcji i modelu salutogenezy.

Z biomedycznego punktu widzenia zdrowie można definiować jako „stan, w którym każda komórka ciała funkcjonuje na optymalnym poziomie i w doskonałej harmonii z każdą inną komórką, lub jako stan, w którym każdy organ funkcjonuje na optymalnym poziomie w całkowitej harmonii z każdym innym organem”<sup>14</sup>. David McClelland przyrównał model biomedyczny do modelu mechanistycznego Kartezjusza; konkludował: „[...] ciało traktowane jest jak maszyna, naprawiana za pomocą usuwania lub wymiany wadliwych części albo niszczenia ciał obcych, stanowiących przyczynę problemu”<sup>15</sup>. Model ten opierał się na podstawowym założeniu, że stan zdrowia jest bezpośrednio zależny od wyposażenia genetycznego oraz struktury organizmu<sup>16</sup>. Biomedyczne podejście do zdrowia dominowało do lat pięćdziesiątych XX wieku.

W 1951 roku Talcott Parsons w pracy *The Social System* opracował koncepcję, w której zjawisko zdrowia i choroby zostało poddane analizie z perspektywy systemu społecznego<sup>17</sup>. Według T. Parsonsa, zdrowie jest stanem, „w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”<sup>18</sup>. W takim ujęciu jednostka zdrowa to taka, która w pełni uczestniczy w działaniu społecznym, dzięki możliwości dostosowania się do norm panujących w określonym społeczeństwie. Uznano zatem, że zdrowie nie jest wyłącznie domeną medycyny, ale również innych nauk,

---

<sup>13</sup> Ibidem, s. 737–739.

<sup>14</sup> B. URAMOWSKA-ŻYTO: *Socjologiczne koncepcje zdrowia...*, s. 66.

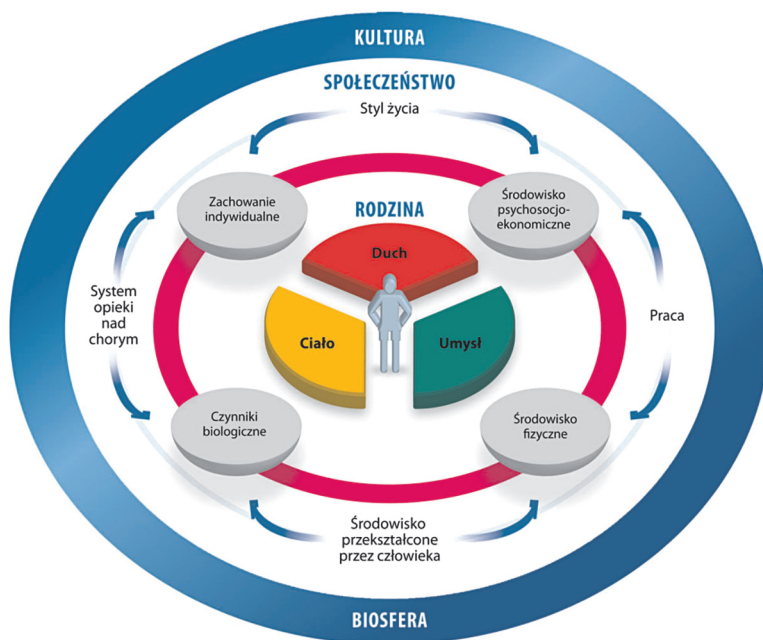
<sup>15</sup> Ch.L. SHERIDAN, S.A. RADMACHER: *Psychologia zdrowia...*, s. 4.

<sup>16</sup> E. SYREK: *Środowisko, kultura i zdrowie*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009, s. 45.

<sup>17</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 70.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 71.

i jako wartość ma swoje miejsce w kulturze określonych społeczeństw pod postacią swoistych zespołów poglądów, norm, zwyczajów oraz wzorów zachowań. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych wyznaczone są z jednej strony procesem akulturacji w socjalizacji pierwotnej, a z drugiej – postępem cywilizacyjnym z działaniami instytucjonalnymi<sup>19</sup>. W modelu społeczno-ekologicznym o zdrowiu w równym stopniu decyduje psychologiczny, społeczny i kulturowy aspekt funkcjonowania człowieka, a istota zdrowia zawiera się w dwóch zasadniczych pojęciach: dynamiczna równowaga i potencjał zdrowotny<sup>20</sup>. Ów model holistyczny obrazuje mandala zdrowia (rys. 1).



Rys. 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: T. HANCOCK, F. PERKINS: *The Mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health promotion*. In: *Health promotion. A resource book*. Eds. R. ANDERSON, J. KICKBUSCH. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1990, s. 8–10.

<sup>19</sup> Podaję za: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 65.

<sup>20</sup> T.B. KULIK: *Koncepcja zdrowia...*, s. 17.

Zdaniem Barbary Woynarowskiej, opracowano już 300 definicji zdrowia, i niestety żadna z nich nie jest zadowalająca<sup>21</sup>. Najbardziej popularną definicję stanowi przyjęta w 1946 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicja, która brzmi: „[...] zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego, społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby czy kalectwa”<sup>22</sup>. Mimo dość nowatorskiego ujęcia trzech wymiarów funkcjonowania człowieka zarzuca się tej definicji brak dynamicznych związków między trzema aspektami (wymiarami) zdrowia oraz nieuwzględnianie aspektu duchowego<sup>23</sup>. Niemniej stała się ona podstawą do formułowania definicji przez przedstawicieli różnych dyscyplin nauki w sposób pozytywny<sup>24</sup>, w odniesieniu do zdrowia jako kategorii pozytywnej (dobrostan). We wcześniejszych definicjach ujmowano zdrowie w kategoriach patogenezy (model biomedyczny), koncentrując się na patologicznych mechanizmach sprzyjających powstawaniu chorób. Koncepcja salutogenezy, stanowiąca niewątpliwy przewrót, dała podstawy myślenia o zdrowiu w kategoriach pozytywnych i traktowania zdrowia jako punktu wyjścia w podejmowaniu wszelkich działań zmierzających do zachowania tego zdrowia<sup>25</sup>. Koncepcja i model salutogenezy opracowane zostały przez socjologa medycyny Aarona Antonovsky’ego pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku<sup>26</sup>. Badacze przyjmujący orientację salutogenetyczną, analizujący źródła zdrowia, próbują odpowiedzieć na pytanie, dlaczego niektórzy ludzie plasują się w pobliżu pozytywnego końca kontinuum zdrowie – choroba lub niezależnie od tego, gdzie się znajdują, zmierzają w kierunku bieguna „zdrowie”; naukowcy o orientacji patogene-

---

<sup>21</sup> B. WOYNAROWSKA: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*. Red. B. WOYNAROWSKA et al. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 234.

<sup>22</sup> Cyt. za: A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Katowice: „Śląsk”, 1995, s. 148.

<sup>23</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 19.

<sup>24</sup> B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 31–32.

<sup>25</sup> M. GÓRNIK-DUROSE: *Konteksty i pogranicza – inspiracje dla psychologii zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia: Konteksty i pogranicza*. Red. M. GÓRNIK-DUROSE, J. MATEUSIAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011, s. 19.

<sup>26</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 32–33.

tycznej próbują odpowiedzieć na pytanie, dlaczego niektórzy ludzie zapadają na choroby<sup>27</sup>. Na użytek własnej koncepcji A. Antonovsky zdefiniował dwa pojęcia: „uogólnione zasoby odpornościowe” oraz „poczucie koherencji”. W obrębie pierwszego pojęcia znajdują się takie właściwości, jak: cechy biologiczne, psychiczne i zdolności interpersonalne człowieka, cechy środowiska fizycznego, warunki materialne i pozycja zawodowa oraz czynniki społeczno-kulturowe, a o ich uogólnieniu decyduje doświadczenie, sprzyjające ich działaniu niezależnie od sytuacji<sup>28</sup>. Natomiast poczucie koherencji, zdaniem Antonovsky’ego, „jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”<sup>29</sup>.

Współcześnie mówi się również o zdrowiu jako do zdolności człowieka do normalnego funkcjonowania zgodnie z przyjętymi normami fizycznymi, psychicznymi, społecznymi, jego zdolności do wszechstronnego rozwoju, umiejętności stawiania sobie wymagań, zaspokajania potrzeb oraz unikania i redukowania napięć. Zdrowie to niewątpliwie potencjał psychiczny i fizyczny człowieka, dający możliwość wszechstronnego rozwoju, ale również równowaga i harmonia możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych umożliwiająca dobrą jakość życia, związaną z dobrym samopoczuciem, zadowoleniem, pełnią szczęścia i możliwością samorealizacji we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> A. ANTONOVSKY: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005, s. 10–11.

<sup>28</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 34.

<sup>29</sup> A. ANTONOVSKY: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia...*, s. 34. Por. A. ANTONOVSKY: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. Tłum. J. ŁUCZYŃSKI. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SĘK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997, s. 214.

<sup>30</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 20.

Światowa Organizacja Zdrowia zakłada, że zdrowie jest wartością<sup>31</sup>, dzięki której jednostka lub grupa społeczna może realizować aspiracje oraz zmieniać środowisko. Stanowi również zasób/bogactwo społeczeństwa, umożliwiające mu rozwój społeczno-ekonomiczny, zapewniające odpowiedni poziom życia obywatelom oraz środek do codziennego życia, dzięki któremu możliwa jest lepsza jakość życia<sup>32</sup>.

Istnieją różnice w definiowaniu zdrowia jednostki i zdrowia publicznego. Zdrowie zbiorowości jest pojęciem abstrakcyjnym. „Nie jest ono z pewnością prostą sumą stanów zdrowia jednostek tworzących daną społeczność [...]. Zdrowie czy zdrowotność społeczeństwa można badać i oceniać tylko pośrednio, głównie drogą metod epidemiologicznych i socjomedycznych, wspieranych innymi technikami (biostatystyka, informacje dotyczące zjawisk związanych ze zdrowotnością itp.) [...]. Pozwalają one na ogólną charakterystykę niektórych zjawisk i w pewnym stopniu przybliżają obraz zdrowia zbiorowości”<sup>33</sup>.

Zdrowie publiczne obejmuje szeroki zakres działań we wszystkich aspektach zdrowia społeczeństwa, przy czym podkreśla się, że działania te opierają się na zorganizowanym wysiłku społeczności, a nie jedynie na podejmowaniu indywidualnych zabiegów<sup>34</sup>. Jak już wspo-

<sup>31</sup> K. POPIELSKI: *Zdrowie i choroba w kontekście bycia, rozwoju i stawiania się egzystencji podmiotowo-osobowej*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010, s. 38. Por. E. SYREK: *Wieloczynnikowe znaczenie środowiska życia dla zdrowia człowieka*. W: *Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni edukacyjnej (inspiracje...)*. Red. J. MODRZEWSKI, M.J. ŚMIAŁEK, K. WOJNOWSKI. Kalisz–Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2008, s. 191.

<sup>32</sup> B. WOYNAROWSKA: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995, s. 9. Por. B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 40; E. SYREK: *Środowisko, kultura i zdrowie...*, s. 47.

<sup>33</sup> C. WŁODARCZYK, S. POŹDZIOCH: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. CZUPRYNA et al. T. 1. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, 2000, s. 17.

<sup>34</sup> M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 27. Por. E. SYREK: *Środowisko, kultura i zdrowie...*, s. 48; A. FRĄCKIEWICZ-WRONKA: *Samorządowa polityka ochrony zdrowia*. W: *Samorządowa polityka społeczna*. Red. A. FRĄCKIEWICZ-WRONKA. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, 2002, s. 167.



mniano, zdrowie stanowi zasób społeczeństwa, gdyż jedynie zdrowe społeczeństwo jest w stanie tworzyć dobra materialne i kulturalne, oraz osiągać społeczno-ekonomiczny dobrobyt<sup>35</sup>. Analizą czynników ekonomicznych i społecznych wpływających na możliwość zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli oraz organizacją usług medycznych zajmuje się polityka społeczna<sup>36</sup>, a skutecznym rozwiązywaniem zaistniałych/zdiagnozowanych problemów zdrowotnych – polityka zdrowotna. W tradycyjnym ujęciu polityka zdrowotna była postrzegana jako działalność mająca na celu poprawę stanu zdrowia ludności, między innymi poprzez zaspokojenie potrzeb zdrowotnych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>37</sup>. Aktualnie „polityka zdrowotna kraju lub społeczności to przyjmowana przez nie strategia, służąca kontrolowaniu i optymalizowaniu wykorzystywania przez nie wiedzy medycznej i dostępnych zasobów stosowanych do rozwiązywania problemów zdrowotnych”<sup>38</sup>. Jest uwarunkowana czynnikami politycznymi, ekonomicznymi, demograficznymi oraz zdrowotnymi. Im trudniejsza sytuacja polityczna i ekonomiczna kraju oraz mniej korzystna sytuacja demograficzna, tym trudniej planować i realizować politykę ochrony zdrowia<sup>39</sup>. Obecnie, w wyniku kryzysu ekonomicznego, zauważalny jest również kryzys w sferze ochrony zdrowia. Przewiduje się, że zmniejszenie nakładów budżetowych na finansowanie systemu ochrony zdrowia będzie postępowało, a komercjalizacja systemu<sup>40</sup> prowa-

<sup>35</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 40. Por. K. GŁABICKA: *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*. Radom: Wydawnictwo Instytutu Technologii i Eksploatacji, 2004, s. 155.

<sup>36</sup> G. MAGNUSZEWSKA-OTULAK: *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*. W: *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 204.

<sup>37</sup> Ibidem, s. 208.

<sup>38</sup> C. WŁODARCZYK, S. POŹDZIOCH: *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001, s. 29.

<sup>39</sup> G. MAGNUSZEWSKA-OTULAK: *Ochrona zdrowia w polityce społecznej...*, s. 209. Por. J. GRABOWSKI: *Charakterystyka systemu ochrony zdrowia w Polsce*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOINA. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, 2006, s. 73.

<sup>40</sup> S. GOLINOWSKA: *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*. Warszawa: Poltext, 2000, s. 82–83.



działanie będzie do zróżnicowania dostępu do świadczeń zdrowotnych i przyczyni się do pogłębienia nierówności w stanie zdrowia różnych grup społecznych<sup>41</sup>. Podejmowanie działań edukacyjnych ma zatem istotne znaczenie, w wymiarze nie tylko jednostkowym, lecz także lokalnym.

Edukowanie do zdrowia współcześnie określane jest jako edukacja zdrowotna. Termin ten zakorzenił się już na dobre w literaturze przedmiotu i wyparł takie określenia, jak: wychowanie higieniczne (koniec XIX – pierwsza połowa XX wieku), oświata sanitarna/zdrowotna (lata pięćdziesiąte/sześćdziesiąte XX wieku), wychowanie zdrowotne (lata sześćdziesiąte XX wieku). W ostatnich latach wysunięto również nowe propozycje ujmowania tego zagadnienia, na przykład: krzewienie kultury zdrowotnej<sup>42</sup>, nauka o zdrowiu, sanologia (łac. *sanus* – ‘zdrowy’, gr. *logos* – ‘nauka’) czy waleologia – nauka o istocie człowieka, czynnikach formujących, metodach zdrowotnych oraz strategiach zdrowia (Rosja)<sup>43</sup>; propozycje te jednak nie zostały spopularyzowane.

Jedna z pierwszych definicji edukacji zdrowotnej zaproponowana została w 1988 roku przez T. Williamsa. Zdaniem tego autora, edukacja zdrowotna to „proces, w którym człowiek uczy się dbać o zdrowie własne i innych ludzi”<sup>44</sup>. Edukacja zdrowotna – zgodnie z zapisami Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej z 1989 roku – stanowi „proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowego uczenia się i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodne z nimi”<sup>45</sup>. Kolejna propozycja definicji edukacji zdrowotnej pochodzi z 1991 roku. Jej autorzy: Lawrence W. Green i Matthew W. Kreuter,

---

<sup>41</sup> G. MAGNUSZEWSKA-OTULAK: *Kryzys zdrowotny czy kryzys ochrony zdrowia?* W: *Polityka społeczna w kryzysie*. Red. M. KSIĘŻOPOLSKI, B. RYSZ-KOWALCZYK, C. ŻOLEDOWSKI. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009, s. 196.

<sup>42</sup> Z. JAWORSKI: *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965–2004)*. Warszawa: Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, 2005.

<sup>43</sup> Ibidem, s. 98–101.

<sup>44</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 102. Por. K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, 2009, s. 106.

<sup>45</sup> Ibidem, s. 102.

utożsamiają edukację zdrowotną z każdą kombinacją różnorodnych doświadczeń edukacyjnych, których zadaniem/celem jest podejmowanie przez ludzi dobrowolnych działań prozdrowotnych<sup>46</sup>. Szersze ujęcie edukacji zdrowotnej zaproponowała w 1997 roku Elżbieta Charońska. Jej zdaniem, edukacja zdrowotna jest to „całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją”<sup>47</sup>. Zofia Słońska utożsamia edukację zdrowotną z „podejmowaniem wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego”<sup>48</sup>, a dla Barbary Woynarowskiej edukacja zdrowotna jest „całozyciowym procesem uczenia się ludzi, jak żyć, aby mogli zachować i doskonalić zdrowie własne i innych; w przypadku wystąpienia chorób lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”<sup>49</sup>.

Głównym celem edukacji zdrowotnej jest przekonanie ludzi do prowadzenia zdrowego stylu życia, a wskaźnik skuteczności stanowią korzystne zmiany w obrębie zachowań zdrowotnych społeczności. Istotnymi celami są również: kształtowanie umiejętności identyfikacji własnych potrzeb zdrowotnych, dostrzegania potrzeb zdrowotnych innych osób oraz kształtowanie umiejętności dokonywania wyborów i podejmowania decyzji na rzecz zdrowia swojego i zdrowia otoczenia<sup>50</sup>. Do zadań edukacji zdrowotnej należy również rozwijanie umiejętności życiowych, czyli zdolności umożliwiających człowiekowi podejmowanie pozytywnych zachowań przystosowawczych, dzięki którym

---

<sup>46</sup> D. CIANCARA: *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 104.

<sup>47</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 102.

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> Ibidem. Por. C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006, s. 20–21.

<sup>50</sup> A. KRAWAŃSKI: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001.

może on skutecznie radzić sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniem każdego dnia<sup>51</sup>.

Do realizacji celów edukacji zdrowotnej wykorzystywane są rozmaite teorie<sup>52</sup>, na przykład: dyfuzji i innowacji<sup>53</sup>, społecznego uczenia<sup>54</sup>, umiejscowienia ośrodka kontroli<sup>55</sup> czy przekonań zdrowotnych<sup>56</sup>. Najważniejsze w tych teoriach są te elementy, które wyjaśniają, jak modyfikować zachowania ludzi. Teoria dyfuzji i innowacji opisuje i wyjaśnia, w jaki sposób przyswajane są nowe wzory zachowań, oraz identyfikuje czynniki, które przyspieszają lub hamują proces dyfuzji. Od nich bowiem zależy, czy nowa wiedza bądź praktyczna umiejętność zostaną przyjęte. Wśród czynników przyspieszających lub hamujących proces dyfuzji wyróżnia się: „relatywną korzyść”, „zgodność” z osobistymi przekonaniami i wartościami oraz stopień, w jakim innowacja jest postrzegana przez jednostkę jako niezrozumiała lub trudna do zastosowania. W teorii społecznego uczenia wykorzystuje się między innymi twierdzenie, że funkcjonowanie jednostki najlepiej można zrozumieć, analizując jakość interakcji między zachowaniem a środowiskiem. Teoria ta pokazuje, że ludzie mogą się uczyć nie tylko przez bezpośrednie doświadczenia, lecz także obserwując innych (modelowanie). Kolejną teorią wykorzystywaną w edukacji zdrowotnej jest umiejscowienie (lokalizacja) ośrodka kontroli<sup>57</sup>. Zasadnicze pojęcie stanowi w tej teorii poczucie kontroli (wewnętrzna oraz zewnętrzna lokalizacja ośrodka kontroli). Od tego, jaki typ kontroli reprezentuje jednostka, zależy wybór sposobu dotarcia do niej na przykład w projektowaniu pro-

<sup>51</sup> B. WOYNAROWSKA: *Podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystywania w edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*, s. 101.

<sup>52</sup> Podaję za: B. URAMOWSKA-ŻYTO: *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*, s. 94.

<sup>53</sup> E. ROGERS: *Diffusion of innovation*. New York: Free Press, 1962.

<sup>54</sup> A. BANDURA: *Social foundations of thought and action. A social cognitive model*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1981.

<sup>55</sup> J.B. ROTTER: *Generalised expectation for internal versus external control of reinforcement*. „Psychological Monographs” 1966, no. 80.

<sup>56</sup> J.M. ROSENSTOCK: *The health belief model and preventive health behavior*. „Health Education Monographs” 1974, no. 2.

<sup>57</sup> J.B. ROTTER: *Generalised expectation...*

gramów z obszaru edukacji zdrowotnej. W modelu przekonania zdrowotnych natomiast zakłada się, że prawdopodobieństwo podjęcia przez jednostkę działania jest określone przez jej psychologiczny stan gotowości do podjęcia działania oraz przez spostrzegane korzyści i koszty wynikające z tego działania<sup>58</sup>. Każda z tych teorii może być wykorzystywana w projektowaniu działań edukacyjnych i skierowana nie tylko do jednostek, lecz także do grup i całych społeczności lokalnych.

Podejmowane dotąd rozważania, ukazujące różne podejścia do pojęcia zdrowia, prowadzą do przemyśleń na temat zdrowia w kontekście pedagogiki społecznej.

Współczesna pedagogika (również pedagogika społeczna) to dyscyplina otwarta, dopuszcza wielość rozwiązań teoretycznych i metodologicznych<sup>59</sup>, chętnie w jej ramach podejmowana jest współpraca z przedstawicielami innych nauk, co niewątpliwie dostarcza nowej wiedzy i nowych doświadczeń badawczych<sup>60</sup>. Orientacja na wieloparadygmatyczność wynika z „ogólnych tendencji rozwoju nauk i dyscyplin społecznych/humanistycznych, ich wyraźnego ukierunkowania na spożytkowanie koncepcji (i podejść) fenomenologicznych i hermeneutycznych, których istotą jest pojęcie/(z)rozumienie analizowanej rzeczywistości”<sup>61</sup>. Prowadzone analizy i badania zjawisk społecznych stanowią zatem udział wielu nauk, „a granice penetracji badawczej i postępowania metodologicznego są w jakimś sensie umowne”<sup>62</sup>.

<sup>58</sup> B. URAMOWSKA-ŻYTO: *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej...*, s. 95–97.

<sup>59</sup> D. KULINOWSKI: *Przyrodnicze i humanistyczne podstawy badań pedagogicznych. W: Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. PALKA. Gdańsk: GWP, 2010, s. 43.

<sup>60</sup> S. PALKA: *Badania z pogranicza pedagogiki i innych nauk. W: Podstawy metodologii badań w pedagogice...*, s. 338.

<sup>61</sup> Cyt. za: E. MARYNOWICZ-HETKA: *Kilka uwag w sprawie wieloparadygmatyczności pedagogiki społecznej. W: Szkoły polskiej pedagogiki społecznej wobec nowych wyzwań. Polska pedagogika społeczna na początku XXI wieku*. Red. E. KANTOWICZ, B. CHROSTOWSKA, M. CICZKOWSKA-GIEDZIUN. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapi”, 2010, s. 124.

<sup>62</sup> Cyt. za: E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008, s. 23. Por. A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk: GWP, 2004, s. 141.

Już Helena Radlińska uważała pedagogikę społeczną za naukę wartościującą i praktyczną, niemającą jedynie waloru teoretycznego. O pedagogice społecznej można powiedzieć, że jest pedagogiką środowiska, usiłuje nadać procesowi wychowawczemu charakter czynności aktywizujących i ulepszających środowisko, przy czym rozszerzenie zasięgu badawczego pedagogiki społecznej wynika z potrzeb społeczeństwa<sup>63</sup>. Prekursorka pedagogiki społecznej wielokrotnie podkreślała bezpośredni związek pedagogiki z naukami biologicznymi i medycznymi, a w konstruowaniu teorii pracy socjalnej nawiązywała do prac Grzegorza Piramowicza i Jędrzeja Śniadeckiego<sup>64</sup>; do swojej teorii włączała też „wychowanie dla spraw zdrowia”, polegające na zdobywaniu wiedzy na temat zdrowia oraz kształtowaniu nawyków prozdrowotnych<sup>65</sup>. Koncepcja edukacji środowiskowej w pedagogice społecznej, i to w ujęciu szerszym, odnoszącym się do działań podejmowanych w najbliższym środowisku człowieka, a w szczególności działań podejmowanych w społeczności lokalnej, jest jedną z priorytetowych. Cel działań podejmowanych w otoczeniu człowieka stanowi ostateczne wzmacnianie społeczności, między innymi poprzez rozwój we wszystkich obszarach indywidualnego i społecznego funkcjonowania<sup>66</sup>, w tym zdrowotnego.

„Traktując pedagogikę społeczną jako teorię edukacyjnego działania w środowisku”<sup>67</sup>, można przyjąć, że diagnozowanie sytuacji zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych środowiska lokalnego odgrywa znaczącą rolę w podnoszeniu poziomu świadomości i projektowaniu konkretnych działań edukacyjnych<sup>68</sup>. Pokrywa się to z wzajemnie dopełniającymi

<sup>63</sup> Podaję za: E. SYREK: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1987, s. 12–15.

<sup>64</sup> E. SYREK: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej...*, s. 33.

<sup>65</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 84.

<sup>66</sup> M. CICHOSZ: *Pedagogika społeczna w Polsce w latach 1945–2005. Rozwój – obszary refleksji i badań – koncepcje*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2006, s. 242–243.

<sup>67</sup> Cyt. za: E. SYREK: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej...*, s. 40.

<sup>68</sup> E. SYREK: *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, s. 23.

się komponentami pedagogiki społecznej, do których należą: człowiek, środowisko, wartości oraz działania społeczne<sup>69</sup>. Zainteresowanie człowiekiem winno obejmować dążenie do prawidłowego i pełnego rozwoju, a zdrowie w tym przypadku ma kluczowe znaczenie. Również w kontekście środowiska można rozpatrywać zagadnienia związane ze zdrowiem. To środowisko, będące jednym z głównych czynników wyznaczających rozwój jednostki, przyczynia się także do korzystnego rozwoju społeczności. Jak wspomniano, zdrowie jest przecież zasobem społeczeństwa<sup>70</sup>. Związane z psychospołecznym funkcjonowaniem osób i grup wartości warunkują kierunek modyfikacji świadomości, również w kontekście dbałości o zdrowie i pełniejszej integracji człowieka z jego środowiskiem życia. Ostatnim komponentem pedagogiki społecznej są działania społeczne dążące do konstruowania, modyfikowania i ulepszania środowiska życia oraz traktowania go w kategoriach środowiska wychowującego<sup>71</sup>. Na podstawie tych działań rodzą się planowe zadania pedagogiki społecznej, a edukowanie do zdrowia jest jednym z nich.

Chociaż badania nad zdrowotnością społeczności lokalnej, analizowanie poglądów i zachowań w dziedzinie zdrowia oraz kwestii propagowania edukacji zdrowotnej nadal nie są liczne wśród pedagogów społecznych, to – zdaniem Andrzeja Radziejwicz-Winnickiego – „śmiało już można mówić o określonym etapie (fazie) instytucjonalizacji pedagogiki zdrowia i edukacji zdrowotnej, wyraźnie wyodrębniającej się wśród ogółu dokonań współczesnej pedagogiki społecznej w Polsce”<sup>72</sup>.

<sup>69</sup> S. KAWULA: *Współczesna pedagogika społeczna w perspektywie ontologicznej i aksjologicznej*. W: *Pedagogika społeczna i jej współczesne konteksty*. Red. G. ORZECHOWSKA. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, 2008, s. 12.

<sup>70</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 40.

<sup>71</sup> S. KAWULA: *Współczesna pedagogika społeczna...*, s. 12. Por. S. KAWULA: *Pedagogika społeczna w perspektywie zmiany społecznej w Polsce współczesnej*. W: *Czas społeczny akademickiego uczestnictwa w rozwoju i doskonaleniu civil society*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2010, s. 119.

<sup>72</sup> Cyt. za: A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Kręgi tematyczne badań i analiz pedagogów społecznych okresu transformacji*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. KROMOLICKA, A. RADZIEWICZ-WINNICKI, M. NOSZCZYK-BERNASIEWICZ. Katowice:

Jak pisze Ewa Syrek, pedagogika zdrowia jest „subdyscypliną pedagogiki, jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej”<sup>73</sup>. Do obszarów badawczych pedagogiki zdrowia Ewa Syrek zalicza społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby oraz wieloaspektowe badania i analizy związane z procesem edukacji zdrowotnej<sup>74</sup>.

Zdrowie – jak starano się to ukazać w niniejszym rozdziale – to zjawisko wielowymiarowe i wieloaspektowe, a zatem niemożliwe jest analizowanie go w ramach jednej dyscypliny naukowej<sup>75</sup>. Interdyscyplinarne podejście ubogaca teorię i praktykę zagadnień związanych ze zdrowiem. Granice między różnymi dyscyplinami są jedynie umowne.

---

Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętką w Katowicach, 2007, s. 87.

<sup>73</sup> E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008, s. 21.

<sup>74</sup> Ibidem, s. 23–25.

<sup>75</sup> M. SKRZYPEK, K. POPIELSKI, E. ALBIŃSKA: *Zdrowie i choroba jako przedmiot badań multidyscyplinarnych. Wybrane zagadnienia*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010, s. 24.

## Wybrane koncepcje teoretyczne i konteksty historyczne promocji zdrowia

Medycyna naprawcza okazała się bezsilna wobec nowych chorób diagnozowanych od połowy XX wieku, później określanych mianem chorób cywilizacyjnych. Dowiedziono, że leczenie tych chorób przysparza znacznych trudności. W takiej sytuacji wymagane jest podjęcie nowych, innowacyjnych działań w zakresie ochrony zdrowia. Dotychczasowa wiedza oraz doświadczenia w zakresie medycyny stały się przyczynkiem do rozwoju promocji zdrowia.

Początki promocji zdrowia należy upatrywać w dyskusjach toczonych podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia, które odbyło się w 1977<sup>1</sup> roku w Alma Acie. W trakcie trwających tam obrad wykreowano termin „promocja zdrowia”, określający „jednolite podejście [do problematyki zdrowia – K.K.G.] dla tych, którzy uznają potrzebę zmian w sposobie i warunkach życia dla poprawy stanu zdrowia”<sup>2</sup>. W owym czasie pojęcie to utożsamiano głównie z profilaktyką chorób i ich leczeniem, a podejmowane działania wiązano z szerzeniem idei zdrowia publicznego. Podjęte podczas obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia dyskusje dały początek uznaniu zdrowia za podstawowy cel społeczny i nadały nowy kierunek polityce zdrowotnej krajów na całym świecie. Możliwość realizacji zamierzeń upatrywano w zaangażowaniu ludzi we wszystkie aspekty ich zdrowia i rozwoju oraz pod-

---

<sup>1</sup> Podaję za: V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2008, s. 103.

<sup>2</sup> L. BARIĆ, H. OSIŃSKA: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i praktyków*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, 2006, s. 13.



jęciu współpracy pomiędzy wszystkimi sektorami społecznymi a podstawową opieką zdrowotną<sup>3</sup>. Najważniejsze w rozwoju koncepcji promocji zdrowia były następujące dokumenty:

- raport *Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków*, autorstwa ministra Kanady Marca Lalonde'a, który ukazał się w 1974 roku i niewątpliwie był pierwszą na świecie narodową strategią polityki zdrowotnej opartą na koncepcji promocji zdrowia;
- strategia *Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku* opracowana w 1985 roku przez Światową Organizację Zdrowia;
- *Karta ottawska*, przyjęta w 1986 roku podczas konferencji WHO w Ottawie<sup>4</sup>;
- europejska karta na temat zdrowia i środowiska z 1990 roku;
- program Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* z 1998 roku;
- Światowa Deklaracja Zdrowia z 1998 roku<sup>5</sup>.

Raport Marca Lalonde'a wzywał Kanadyjczyków do nowego spojrzenia na kwestie związane ze zdrowiem populacji, autor skupił się na profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Niewątpliwie opracowanie raportu było punktem zwrotnym w międzynarodowej polityce zdrowotnej; po raz pierwszy zaakcentowano publiczne podejście do zdrowia. W kolejnym dokumencie: *Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku*, zawierającym 38 celów, kładziono nacisk głównie na likwidację społecznych nierówności w zakresie dostępu do zdrowia oraz uświadomienie istnienia różnych potrzeb poszczególnych grup społecznych; zaakcentowano tym samym potrzebę politycznego zaangażowania się w kwestie promocji zdrowia wszystkich państw. Zapisy *Karty ottawskiej* oparto na zasadach równości i sprawiedliwości społecznej, propagowano prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej, zachęcając do zaangażowa-

---

<sup>3</sup> J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2011, s. 17.

<sup>4</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 130. Por. D.V. MCQUEEN, L. DE SALAZAR: *Health promotion, the Ottawa Charter and „developing personal skills”: A compact history of 25 years*. „Health Promotion International” 2011, vol. 26, no. S2, s. ii192.

<sup>5</sup> M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2010, s. 452.

nia wszystkich, którym sprawy zdrowia nie są obojętne<sup>6</sup>. Istotnym przedsięwzięciem dotyczącym promocji zdrowia było opracowanie dokumentu *Zdrowie 21...*, w którym Światowa Organizacja Zdrowia sformułowała następujące cele:

1. „Solidarność dla zdrowia krajów członkowskich Regionu Europejskiego.
2. Równość w zdrowiu.
3. Zdrowy start życiowy.
4. Zdrowie ludzi młodych.
5. Zdrowie ludzi starszych.
6. Poprawa zdrowia psychicznego.
7. Redukcja chorób zakaźnych.
8. Redukcja chorób niezakaźnych.
9. Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy.
10. Zdrowe i bezpieczne środowisko.
11. Zdrowy styl życia.
12. Redukcja negatywnych skutków spożywania alkoholu, narkotyków, tytoniu.
13. Tworzenie siedlisk zdrowotnych.
14. Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
15. Zintegrowanie sektora zdrowia.
16. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia.
17. Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków.
18. Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
19. Wiedza i badania naukowe na rzecz zdrowia.
20. Pozyskiwanie partnerów na rzecz zdrowia.
21. Polityka i strategia zdrowia dla wszystkich”<sup>7</sup>.

W większości dokumentów opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (na przykład w *Karcie ottawskiej* czy programie *Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*) zakłada się podejmowanie następujących działań w obszarze promocji zdrowia:

---

<sup>6</sup> S. PIKE, D. FORSTER: *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 1998, s. 37.

<sup>7</sup> J.B. KARSKI: *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2009, s. 68.

- tworzenie prozdrowotnej polityki społecznej;
- kreowanie środowisk sprzyjających zdrowiu i inicjowanie ich działalności;
- zwiększanie dostępu do informacji, co winno skutkować wzmożeniem podejmowania działań społecznych na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności;
- propagowanie we wszystkich środowiskach idei powszechnej odpowiedzialności za zdrowie;
- kształtowanie motywacji do dbałości o własne zdrowie i weryfikacji dotychczasowych indywidualnych zachowań;
- reorientacja służby zdrowia<sup>8</sup>.

**Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej** jest zadaniem rządu i poszczególnych jego sektorów. Od decydentów oczekuje się traktowania zdrowia społeczności jako naczelnej wartości, fundamentalnego prawa przynależącego wszystkim obywatelom. Pojmowanie zdrowia jako inwestycji społecznej sprzyja wdrażaniu odpowiednich regulacji prawnych i administracyjnych, sprzyjających organizowaniu działań wielosektorowych i umożliwiających równy dostęp do podstawowych zasobów związanych ze zdrowiem, jak: żywność, mieszkanie czy satysfakcjonująca praca<sup>9</sup>.

Kolejny obszar działań w zakresie promocji zdrowia przewidziany w *Karcie ottawskiej* to **tworzenie środowisk wspierających zdrowie**. Intencją tego zapisu jest uświadomienie ludziom, iż to właśnie oni są odpowiedzialni za swoje zdrowie i zdrowie innych, a nadrzędny cel stanowi pomnażanie zdrowia we wszystkich miejscach, w których żyją

---

<sup>8</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 105. Por. *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Oprac. Z. SŁOŃSKA, M. MISIUNA. Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1993, s. 35; K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009, s. 73–74; J. SKOMMER, B. PURANDARE: *Promocja zdrowia*. W: *Profilaktyka i wybrane aspekty organizacyjno-prawne w zawodach medycznych*. Red. J.T. MARCINKOWSKI, A. KLIMBERG. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2011, s. 48–49.

<sup>9</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 132–133.

i funkcjonują ludzie (dom, praca, szkoła, społeczność lokalna)<sup>10</sup>. Miejsca te w promocji zdrowia określa się jako siedliska<sup>11</sup>.

Do zadań promocji zdrowia również należy **wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia**. Aktywne uczestnictwo całego społeczeństwa w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i szukaniu możliwości pomnażania zdrowia członków społeczności lokalnej stanowi zadanie priorytetowe. Ważne jest także **wyzwalanie potencjału jednostek do podejmowania inicjatyw związanych ze zdrowiem**. W praktyce pobudzenie do skutecznego i konkretnego udziału społeczeństwa w promocji zdrowia wymaga tworzenia sieci współpracujących z sobą jednostek i nawiązywania sojuszy między poszczególnymi partnerami; inicjatorem i propagatorem tych działań winien być samorząd terytorialny.

W myśl założeń promocji zdrowia **reorientacja służby zdrowia** winna polegać na zmianie nastawienia: z leczenia chorób na zapobieganie chorobom; takie nastawienie powinno być rozpowszechnione wśród wszystkich pracowników instytucji ochrony zdrowia<sup>12</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia, poczynawszy od 1986 roku, organizuje konferencje dotyczące promocji zdrowia. Do tej pory odbyło się ich osiem. Obrady toczone podczas pierwszej konferencji, mającej miejsce w Ottawie (Kanada, 17–21 listopada), przyczyniły się do podpisania *Karty ottawskiej*. Głównym celem zapisów tego dokumentu było *Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku*; cel ten chciano osiągnąć poprzez umożliwianie zwiększenia potencjału zdrowotnego, mediacje ze wszystkimi zainteresowanymi (rząd, sektor ochrony zdrowia, instytucje i stowarzyszenia itp.) oraz przeniesienie punktu ciężkości z problemów zdrowotnych na środowiska mające problemy zdrowotne<sup>13</sup>. Kolejna międzynarodowa konferencja WHO odbyła się w Adelajdzie w 1988 roku

<sup>10</sup> Ibidem, s. 133. Por. Z. SŁOŃSKA: *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010, s. 222.

<sup>11</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna...*, s. 76.

<sup>12</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 105.

<sup>13</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. 5. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2011, s. 247–248.

(Australia, 5–9 kwietnia). W debatach skoncentrowano się na rozwoju polityki w zakresie zdrowia publicznego i opracowano zalecenia określające strategię działań (troska o zdrowie kobiet, zapewnienie dostępu do żywności i żywienia, zmniejszenie konsumpcji alkoholu i palenia papierosów, tworzenie środowisk wspierających, angażowanie się w rozwój zdrowia w wymiarze globalnym. Za główny cel polityki zdrowia publicznego uznano tworzenie środowiska wspierającego, umożliwiającego ludziom prowadzenie zdrowego stylu życia<sup>14</sup>. W trakcie trzeciej międzynarodowej konferencji, która odbyła się w 1991 roku w Sundsvall (Szwecja, 9–15 czerwca), ponownie skoncentrowano się na zagadnieniu tworzenia środowisk przyjaznych zdrowiu. Podczas obrad wydano oświadczenie wzywające wszystkie wspólnoty na całym świecie do udziału w kształtowaniu środowiska przyjaznego zdrowiu, akcentując powszechną odpowiedzialność za podejmowanie działań. Do czwartej konferencji WHO doszło w 1997 roku w Dżakarcie (Indonezja, 21–25 lipca). Wydano wówczas deklarację *Nowi gracze – nowe gry. Wprowadzenie promocji zdrowia w XXI wiek*, na pierwszy plan wysunięto w niej następujące działania: „[...] promowanie społecznej odpowiedzialności za zdrowie, zwiększenie nakładów na rozwój zdrowia, konsolidowanie i rozszerzenie partnerstwa dla zdrowia, wzmocnienie możliwości lokalnych i uprawnień jednostki, zapewnienie infrastruktury dla promocji zdrowia”<sup>15</sup>. W tym ostatnim punkcie liczone na wyłonienie się nowych mechanizmów finansowania, w postaci nie tylko dofinansowań ze strony administracji państwowej, lecz także dotacji ze strony organizacji pozarządowych czy sektora prywatnego. Hasłem przewodnim piątej konferencji, zorganizowanej w 2000 roku w Mexico City (Meksyk, 5–9 czerwca), było zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Równolegle odbyły się dwie konferencje – jedna przeznaczona

<sup>14</sup> L. BARIĆ, H. OSIŃSKA: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia...*, s. 39. Por. *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Available on: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/> (29.03.2013).

<sup>15</sup> L. BARIĆ, H. OSIŃSKA: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia...*, s. 40. Por. J. FETLIŃSKA: *Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencyjckich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008, s. 93.

dla ministrów ze 100 krajów, druga natomiast dla ekspertów, których zadaniem było omówienie sposobu wdrażania programów i projektów interwencyjnych. W 2005 roku w Bangkoku (Tajlandia, 7–11 sierpnia) miała miejsce szósta konferencja WHO poświęcona promocji zdrowia; efekt obrad stanowiło opracowanie deklaracji *Obszar, działanie i cel*, która zawierała opis determinantów zdrowia w zglobalizowanym świecie i adresowana była do rządów, polityków, społeczeństw obywatelskich, sektora prywatnego, organizacji międzynarodowych oraz wszelkich środowisk zajmujących się zdrowiem publicznym<sup>16</sup>. W 2009 roku WHO zorganizowała konferencję w Nairobi (Kenia, 26–30 października). Uczestnikom udało się zidentyfikować kluczowe strategie i zadania, które winny zostać wypełnione w celu eliminacji luk w procesie wdrażania programów dotyczących ochrony zdrowia i rozwoju przez promocję zdrowia. Konferencję zamknęło przyjęcie *Wezwania do działania*, dokumentu odzwierciedlającego wspólne podglądy ponad 600 uczestników spotkania z około 100 krajów<sup>17</sup>. Ósma konferencja odbyła się w Helsinkach, w okresie od 10 do 14 czerwca 2013 roku. Podczas obrad planowano zrealizować następujące cele:

- ułatwienie wymiany doświadczeń i zdobytych informacji oraz przekazanie wskazań dotyczących efektywnych mechanizmów promocji działań międzysektorowych – przegląd sposobów podejścia do rozwiązania kwestii barier oraz tworzenia możliwości wdrożenia programu *Zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki*;
- ustalenie i analiza aspektów gospodarczych, rozwojowych i społecznych inwestowania w program *Zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki*;
- analiza kwestii wkładu promocji zdrowia w odnowę i reformę podstawowej opieki zdrowotnej;
- przegląd osiągnięć w dziedzinie promocji zdrowia od czasu konferencji w Ottawie<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> L. BARIĆ, H. OSIŃSKA: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia...*, s. 40.

<sup>17</sup> *The 7th Global Conference on Health Promotion*. Available on: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html> (29.08.2012).

<sup>18</sup> *The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland, 10–14 June 2013*. Available on: [www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html) (15.11.2013).

Ósmej konferencji WHO przyświecało założenie, iż zdrowie dla wszystkich powinno stanowić podstawę zrównoważonego rozwoju i być określane w ramach celów polityki społecznej wszystkich rządów. Podczas spotkania koncentrowano się na dotychczasowym dziedzictwie i idei przedsięwzięć (zawartych na przykład w *Karcie ottawskiej* z 1986 roku), określających konieczność podejmowania międzysektorowych działań w zakresie promocji zdrowia. Odnoszono się również do *Deklaracji z Rio* w sprawie społecznych determinantów zdrowia z 2011 roku, *Deklaracji politycznej posiedzenia plenarnego ONZ w sprawie zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych* z 2011 roku, a także do *Deklaracji z Rio+20* z 2012 roku, będącej zapewnieniem zdefiniowania celów zrównoważonego rozwoju w ciągu trzech kolejnych lat przez 200 krajów.

Uczestnicy konferencji podkreślili konieczność podnoszenia poziomu zdrowia, przypominając, że zdrowie jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez względu na rasę, wyznanie, poglądy polityczne czy stan ekonomiczny itp. i to właśnie zdrowie wpływa na poziom życia jednostki, grupy i całego kraju. Zdaniem uczestników konferencji, nie do zaakceptowania są nierówności w stanie zdrowia społeczeństw pomiędzy krajami i niezwłocznie należy je niwelować. Biorący udział w spotkaniu przypomnieli również, że dbanie o zdrowie ludzi nie należy do obowiązków tylko sektora zdrowia, ale winno być podejmowane w ramach współpracy międzysektorowej, co wymaga woli politycznej całego rządu. Uczestnicy zaapelowali do rządów państw o uwzględnianie kwestii zdrowotnych w tworzeniu polityki społecznej na wszystkich szczeblach. Starali się również zachęcić przedsiębiorców z sektora prywatnego do podejmowania inicjatyw na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności.

Uczestnicy konferencji wezwali rządy do wypełniania zobowiązań w zakresie zdrowia i dobrych warunków życiowych poprzez podejmowanie następujących działań:

- ustanowienie zdrowia i równego dostępu do opieki zdrowotnej kwestiami priorytetowymi przez przyjęcie zasady *Zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki* oraz koncentrację na społecznych czynnikach mających wpływ na stan zdrowia społeczeństwa;
- stworzenie efektywnych struktur, procesów i zapewnienie zasobów umożliwiających wdrożenie zasady *Zdrowie we wszystkich dziedzi-*

*nach polityki (Health in All Policie)* przez wszystkie rządy na wszystkich poziomach zarządzania;

- wzmocnienie kompetencji ministrów zdrowia, dzięki temu umożliwienie im zaangażowania pozostałych ministerstw przez partnerstwo i wyrażanie poparcia dla ich działań, a także wsparcie w mediacjach w celu osiągnięcia lepszych wyników w zakresie podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa;
- stworzenie struktur instytucjonalnych oraz zapewnienie rozwoju odpowiednich umiejętności i kompetencji, co umożliwi wdrożenie zasady *Zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki* i zapewni rozwój czynników warunkujących polepszenie stanu zdrowia społecznego i stopniową likwidację nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej;
- opracowanie i przyjęcie przejrzystych mechanizmów kontroli działań i rozliczania z przyjętej odpowiedzialności w zakresie zdrowia w celu zbudowania zaufania pomiędzy poszczególnymi rządami, a także rządami i społeczeństwami;
- określenie środków umożliwiających rozwiązywanie konfliktów interesów oraz wdrożenie właściwych zabezpieczeń w celu ochrony efektów podjętych w zakresie zdrowia działań przed negatywnymi wpływami interesów komercyjnych;
- zaangażowanie społeczności, ruchów społecznych i społeczeństwa obywatelskiego w opracowanie, wdrożenie i monitoring funkcjonowania zasady *Zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki* oraz podnoszenie świadomości społecznej w zakresie zdrowia<sup>19</sup>.

Na bazie wypracowywanych doświadczeń różnych krajów i analiz podejmowanych w środowiskach zajmujących się zagadnieniami promocji zdrowia sformułowano wiele użytecznych definicji promocji zdrowia, które różnią się przede wszystkim perspektywą i naciskiem na odpowiednie działania. Zdaniem Marca Lalonde’a, promocja zdrowia to „strategia ukierunkowana na informowanie, wpływanie i wspieranie zarówno jednostek, jak i organizacji, aby mogły mieć większe poczucie odpowiedzialności i być bardziej aktywnymi w sprawach do-

---

<sup>19</sup> *The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland, 10–14 June 2013.* Available on: [www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html) (15.11.2013).



tyczących zdrowia fizycznego i psychicznego”<sup>20</sup>. W myśl zapisów WHO promocja zdrowia to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad i w celu poprawy ich zdrowia”<sup>21</sup>. Również John Catford i Don Nutbeam traktują promocję zdrowia jako „proces obejmujący prewencję oraz działania na rzecz zdrowia pozytywnego (fizycznego i psychospołecznego dobrostanu)”<sup>22</sup>, dzięki którym wybieranie zdrowia powinno być łatwiejsze. Dla Michaela P. O’Donnella działalność związana z promocją zdrowia to „nauka i sztuka w zakresie pomocy ludziom w wyborze ich stylu życia prowadzącego do optymalnego stanu zdrowia”<sup>23</sup>.

Współcześnie mówi się o obligatoryjnych wyróżnikach promocji zdrowia. Do najważniejszych z nich należą:

- sprawiedliwość – rozumiana jako równość w dostępie do zdrowia i solidarność w działaniu;
- samodzielność (*empowerment*, upodmiotowienie, wzmocnienie) – jako podstawowy cel promocji zdrowia;
- społeczność – traktowana jako populacja docelowa, której cechą charakterystyczną są więzi i interakcje społeczne, umożliwiające wspólną partycypację w działaniach na rzecz zdrowia oraz udzielanie wsparcia społecznego jednostce;
- uczestnictwo i posiadanie (*partnership, ownership*) – rozumiane jako zaangażowanie się w projektowanie i realizację działań lokalnych, co skutkuje posiadaniem prawa własności (własność utożsamiana z podstawą realizacji idei i wartości wolności jednostki<sup>24</sup>);
- partnerstwo i międzysektorowość – polegające na tworzeniu koalicji i sieci mających wspólny cel, dobrą komunikację oraz wolę współpracy;

<sup>20</sup> J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia...*, s. 196.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 197; M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 450.

<sup>22</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 131.

<sup>23</sup> J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia...*, s. 197.

<sup>24</sup> J. MODRZEWSKI: *Antynomia społecznej partycypacji i ekskluzji (w doświadczeniu społeczeństw postkomunistycznych)*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Wydawnictwo Ars Atelier, 2008, s. 494.

- wielotorowość – odnosząca się do możliwości stosowania w praktyce licznych strategii i metod postępowania;
- planowanie – rozumiane jako zalecenie stosowania określonego schematu planowania, sprzyjającego zwiększeniu efektywności podejmowanych działań;
- odpowiedzialność (*accountability*) – postrzegana wielowymiarowo, poczynając od jednostkowej odpowiedzialności za własne zdrowie, skończywszy na odpowiedzialności różnych sektorów za zdrowie społeczeństwa;
- trwałość – oznaczająca założenie dotyczące czasu trwania interwencji w zakresie promocji zdrowia; chociaż nie można określić wzorcowych ram czasowych działań interwencyjnych, trwałość zapewnia o konieczności ujmowania ich w kategoriach procesu;
- internacjonalizm – zakładający konieczność podejmowania współpracy międzynarodowej w celu dzielenia się dobrymi praktykami<sup>25</sup>.

Obecnie główny nacisk w rozumieniu pojęcia „promocja zdrowia” kładzie się na zakres i obszary działalności oraz metody ich wdrażania i ewaluacji<sup>26</sup>. Dotychczasowe dyskusje doprowadziły do rozumienia promocji zdrowia jako działań zmierzających do wypracowania stylu życia społeczności, będącego równocześnie rezultatem inicjatyw podejmowanych przez jednostki w celu poprawy swojego stanu zdrowia, oraz przyczyniły się do opracowania licznych międzynarodowych i krajowych programów w tym zakresie.

---

<sup>25</sup> D. CIANCIARA: *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 53–88. Por. J. RAEBURN et al.: *Community capacity building and health promotion in a globalized world*. „Health Promotion International” 2007, vol. 21, no. S1, s. 85.

<sup>26</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 104.



# Projekty i programy promocji zdrowia inicjowane przez WHO i ich rozwój Perspektywa międzynarodowa i krajowa

## *Narodowy Program Zdrowia*

Przykładem działań w obszarze promocji zdrowia, planowanych i organizowanych w ramach polityki państwa jest *Narodowy Program Zdrowia*.

Narodowe Programy Zdrowia (NPZ) zaczęto tworzyć na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W tym czasie WHO – Biuro Regionalne dla Europy przedstawiło nową strategię *Zdrowie dla wszystkich*. W odpowiedzi na nią w wielu krajach opracowano Narodowe Programy Zdrowia. Również w Polsce w 1987 roku powstał *Polski program „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”*<sup>1</sup>. Dopiero w 1990 roku opracowano pierwszą wersję *Narodowego Programu Zdrowia* (NPZ). Kolejne trzy powstały w 1993, 1996 i 2007 roku. Dużym przełomem w planowaniu polityki zdrowotnej państwa był NPZ z 1996 roku. Wersja ta oparta była przede wszystkim na orientacji salutogenetycznej, skoncentrowano się więc na czynnikach sprzyjających zdrowiu, a nie – jak bywało wcześniej – głównie na chorobach i zapobieganiu im (orientacja patogenetyczna). Wszystkim działaniom planowanym w NPZ z 1996 roku przyświecał cel strategiczny: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”, którego osiągnięcie było możliwe poprzez wprowadzanie zmian w stylu życia, kształtowanie

---

<sup>1</sup> B. WOYNAROWSKA: *Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Ignis, 1999, s. 88.

środowiska życia, pracy, nauki sprzyjającego zdrowiu oraz zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych<sup>2</sup>. Obecnie obowiązuje wersja NPZ z 2007 roku, w której założono następujące cele strategiczne:

- „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
- zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji”<sup>3</sup>.

W założeniach programu jego autorzy wyodrębnili trzy grupy celów operacyjnych. W pierwszej z nich znalazły się czynniki ryzyka oraz działania w zakresie promocji zdrowia obejmujące:

- redukcję rozpowszechnienia palenia tytoniu (cel 1);
- redukcję i zmianę struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu (cel 2);
- poprawę sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz redukcję otyłości w społeczeństwie (cel 3);
- wzrost aktywności fizycznej wśród społeczeństwa (cel 4);

---

<sup>2</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009, s. 75.

<sup>3</sup> *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*. Pozyskano z: [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (15.01.2013).

- redukcję używania substancji psychoaktywnych i wynikających z tego szkód zdrowotnych (cel 5);
- zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy, ich następstw zdrowotnych oraz poprawę stanu sanitarnego kraju (cel 6).

Cele operacyjne od 7 do 11 dotyczą wybranych z populacji adresatów i obejmują planowane działania wobec matek i ich dzieci (cel 7), wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży oraz zapobieganie powstałym problemom zdrowotnym i społecznym (cel 8), tworzenie lepszych warunków dla zdrowia osób starszych (cel 9), tworzenie warunków umożliwiających aktywne życie osób niepełnosprawnych (cel 10) oraz spotęgowanie działań zmierzających do zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży (cel 11).

W ostatniej grupie celów operacyjnych (od 12 do 15) znalazły się działania, których podjęcie przez samorządy terytorialne oraz jednostki ochrony zdrowia uznano za konieczne. W tej kategorii przewiduje się podejmowanie następujących inicjatyw:

- aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa (cel 12);
- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, również w odniesieniu do przestrzegania praw pacjenta (cel 13);
- w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udoskonalenie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami cywilizacyjnymi, tj. chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi (cel 14);
- zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej na potrzeby promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (cel 15)<sup>4</sup>.

Zaplanowanym i realizowanym działaniom przyświeca cel nadrzędny: poprawa zdrowia i jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Ibidem.

*Narodowy Program Zdrowia* będący podstawowym dokumentem, w którym podejmowane są kwestie związane z promocją zdrowia, w Polsce nie doczekał się mocy ustawy. Pierwsza wersja NPZ została przyjęta uchwałą Rady Ministrów 19 listopada 1990 roku, druga – na podstawie *Protokołu ustaleń* Rady Ministrów (nr 32 z 1993 roku), trzecia w drodze uchwały Rady Ministrów<sup>6</sup>, a ostatnia stanowi załącznik do uchwały Rady Ministrów<sup>7</sup>.

## *Zdrowe miasta*

Modelowym przykładem realizacji idei promocji zdrowia w środowisku lokalnym jest projekt *Zdrowe miasta*, opracowany w 1988 roku przez Światową Organizację Zdrowia, który ma na celu wprowadzenie idei promocji zdrowia i strategii zdrowia we wszystkich środowiskach lokalnych<sup>8</sup>. Do najważniejszych działań w ramach projektu należą:

- tworzenie sieci zdrowych miast, które wymieniają się doświadczeniami w zakresie opracowywania oraz realizacji własnych programów zdrowotnych;
- rozwijanie wizji miasta opartej na zdrowotnych i ekologicznych wartościach;
- uznanie problematyki zdrowotnej jako priorytetowej w podejmowanych działaniach na terenie miasta;

---

<sup>6</sup> J. FETLIŃSKA: *Historia promocji zdrowia w Polsce*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008, s. 118.

<sup>7</sup> Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

<sup>8</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. 5. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2011, s. 115. Por. E. DE LEEUW: *Evidence for Healthy Cities: Reflections on practice, method and theory*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1, s. i19.

- dążenie do zaangażowania mieszkańców w działania zmierzające do zintegrowania funkcjonowania miasta z problemami zdrowotnymi, ekologicznymi, kulturowymi i ekonomicznymi;
- propagowanie rozwoju fizycznego i społecznego miasta oraz jego środowiska, przy jednoczesnym akcentowaniu ich wzajemnych powiązań;
- uaktywnienie działań na rzecz zdrowia publicznego poprzez propagowanie zrozumienia i wzajemnych zależności środowiska i ludzi, którzy w nim żyją<sup>9</sup>.

Realizatorzy programu *Zdrowe miasta*, rozumiejąc holistyczną naturę zdrowia, angażują się w pomnażanie potencjału zdrowotnego mieszkańców. Dzieje się to poprzez podejmowanie odpowiednich decyzji politycznych oraz prowadzenie działań międzysektorowych. Nieodzownym elementem omawianej koncepcji jest również uczestnictwo w jej realizacji społeczności lokalnej. To mieszkańcy mają prawo wspólnie angażować się w sprawy zdrowia, podejmować zdrowe wybory, nie tylko w wymiarze indywidualnym. Do cech charakteryzujących „zdrowe miasta” zaliczyć niewątpliwie należy również prowadzenie przez administrację samorządową zdrowotnej polityki społecznej opartej na innowacyjnych rozwiązaniach<sup>10</sup>.

W myśl projektu miasta winny zapewnić swoim mieszkańcom:

- czyste i bezpieczne środowisko naturalne (obejmuje to również kwestie poprawy warunków mieszkaniowych);
- ekosystem;
- warunki, w których możliwe będzie pomnażanie potencjału zdrowotnego i wspólne angażowanie się w kwestie związane ze zdrowym życiem;
- warunki do partycypacji w podejmowaniu decyzji dotyczących poprawy funkcjonowania w mieście oraz kontroli zrealizowanych przedsięwzięć;

---

<sup>9</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 116. Por. K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna...*, s. 83.

<sup>10</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna...*, s. 84; G. GREEN et al.: *City health development planning*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1, s. i72.



- możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb, niezbędnych do osiągnięcia zdrowego funkcjonowania (bezpieczne środowisko naturalne, bezpieczna woda, żywność, odpowiednie warunki pracy i zamieszkania itp.);
- nieograniczony dostęp do informacji i możliwość korzystania z doświadczeń innych miejscowości, również poza granicami kraju;
- nowoczesne warunki ekonomiczne, sprzyjające poprawie jakości życia mieszkańców;
- utrzymanie ciągłości kulturowej i łączności międzypokoleniowej;
- nieustające ulepszanie metod działania, z wykorzystaniem kreatywnych i innowacyjnych rozwiązań pobudzających do wzmożonej aktywności prozdrowotnej;
- optymalny dostęp do wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych, sprzyjającego rozwojowi zdrowia publicznego<sup>11</sup>.

Przystąpienie do projektu *Zdrowe miasta* wymaga podjęcia decyzji politycznej i wyasygnowania środków na wdrożenie idei. Proces wprowadzania omawianej koncepcji przebiega w trzech jednolitych fazach: przygotowawczej, organizacyjnej i podejmowania działań.

Fazę przygotowawczą należy rozpocząć od utworzenia grupy wsparcia skupiającej osoby zainteresowane wprowadzeniem projektu. Wśród inicjatorów winni znaleźć się przede wszystkim lokalni decydenci, przedstawiciele administracji miejskiej, pracownicy ochrony zdrowia oraz pracownicy naukowcy i mieszkańcy angażujący się w sprawy zdrowia. Do zadań tych osób należy dokładne zapoznanie się z koncepcją i przeprowadzenie wstępnej diagnozy sytuacji wyjściowej oraz potrzeb i możliwości miasta. Ważnym elementem w fazie przygotowawczej jest określenie źródeł finansowania. Mogą to być lokalne środki budżetowe przeznaczone na działalność związaną z promocją, środki specjalne lub pochodzące z kręgów biznesowych. Dodatkowo w fazie przygotowawczej projektu można przewidzieć udział w nim osób odelegowanych przez organizacje do wykonywania zadań związanych z projektem, na przykład od strony technicznej, promocyjnej. Kolejnym krokiem jest podjęcie decyzji o wdrożeniu projektu i jego strukturze organizacyjnej. W praktyce funkcjonuje kilka modeli organiza-

---

<sup>11</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 116–117.

cyjnych, a ich wybór zależy od specyfiki miasta, dynamiki społecznej oraz sposobów finansowania. Projekt może być ustanawiany jako jednostka autonomiczna, będąca organizacją niedochodową, neutralną politycznie, a mającą własne kierownictwo i siedzibę. Możliwe jest również usytuowanie projektu w strukturze administracji samorządowej (część biura prezydenta, rady miasta czy urzędu miasta) lub wydziale zdrowia w urzędzie miejskim. Do wypracowanych sposobów organizacji zaliczyć można ulokowanie projektu pomiędzy dwoma poziomami władzy – miejskiej i wojewódzkiej lub regionalnej, co wymaga od uczestników skutecznej koordynacji działań. Fazę przygotowawczą kończy opracowanie formalnego projektu działań oraz uzyskanie zgody władz miasta na jego realizację. Grupa wsparcia powinna opracować i zaprezentować projekt w sposób ciekawy, ale przede wszystkim podkreślający walory projektu w rozwiązywaniu bieżących problemów miasta.

Po uzyskaniu zgody władz miejskich wdrażanie programu wchodzi w fazę organizacyjną. Krokiem pierwszym na tym etapie jest powołanie zespołu nadzorującego i ustanowienie zasad jego działania. W dalszej kolejności podejmowane są kwestie związane z analizą obszarów działania na terenie miasta i określeniem zadań do realizacji. Ważny etap stanowi również powołanie biura projektu, ponieważ dysponowanie oddzielnym biurem sprzyja efektywnej realizacji koncepcji. Administracyjne i profesjonalne wsparcie projektu jest możliwe dzięki zatrudnionym profesjonalistom oraz przewidzianym środkom finansowym. Planowanie strategii działania wymaga od zespołu umiejętności perspektywicznego patrzenia na kwestie zdrowia, a jednocześnie umiejętności rozbudowy dotychczasowej wizji. Pod koniec fazy organizacyjnej należy uwzględnić sposoby rozliczania działań projektu.

W fazie podejmowania działań należy skupić się przede wszystkim na permanentnym zwiększaniu świadomości zdrowotnej w środowisku lokalnym, wspieraniu długoterminowych planów strategicznych oraz mobilizowaniu działań międzysektorowych. Równie ważnym krokiem jest aktywizowanie społeczności lokalnej i angażowanie jej do działań, inspirowanie mieszkańców do wyrażania własnych opinii na tematy związane z promocją zdrowia, ale również zachęcanie do uczestnictwa w organizacjach pozarządowych, stowarzyszeniach czy fundacjach,

działających na rzecz zdrowia. Trzeci etap zamykają działania w sferze ochrony polityki zdrowia publicznego oraz promowanie innowacyjności w planowanych i realizowanych działaniach<sup>12</sup>.

Społeczności lokalne, które chcą wdrażać program *Zdrowe miasta*, muszą zrealizować następujące grupy zadań:

- poznać demografię (z jaką populacją ma się do czynienia? jaka jest struktura wieku mieszkańców? jaki jest przyrost naturalny? jak kształtuje się liczba zgonów? itp.);
- rozpoznać stan zdrowia mieszkańców (analiza takich mierników zdrowia, jak: średnia oczekiwana długość życia, zachorowalność, chorobowość, absencja chorobowa, liczba osób hospitalizowanych i przyczyn hospitalizacji, liczba porad lekarskich itp.);
- zdiagnozować styl życia mieszkańców (rozpoznać takie elementy stylu życia, jak: używanie substancji uzależniających, patologie społeczne, sposób odżywiania, rekreacja i sport);
- rozpoznać warunki życia mieszkańców (analiza takich elementów, jak: dochody, struktura wydatków, warunki mieszkaniowe, również wskaźnik bezdomnych, stopa bezrobocia, zakres opieki społecznej, edukacja, życie kulturalne);
- rozpoznać nierówności w stanie zdrowia mieszkańców (rozpoznać stan zdrowia mieszkańców poszczególnych gmin, dzielnic, również według określonych kategorii, na przykład wiek, płeć, porównanie uzyskanych wyników z danymi z innych miast krajowych czy zagranicznych);
- określić środowisko fizyczne (rozpoznać stopień zanieczyszczenia środowiska, promieniowania jonizującego, hałasu, jakość wody i powietrza oraz określić warunki korzystnego rozwoju, na przykład tereny zielone, jakość żywności);
- rozpoznać świadczenia i realizowaną dotychczas zdrowotną politykę społeczną (rozpoznać dotychczasowe działania w obrębie promocji zdrowia i ochrony środowiska)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Ibidem, s. 117–120.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 124–125; E. TRAFIAŁEK: *Polityka społeczno-gospodarcza. Wybrane problemy i zadania*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”, 2012, s. 117–118.

Aktualnie w projekcie *Zdrowe miasta* uczestniczą 43 miasta polskie zrzeszone w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich, działającym od 1994 roku<sup>14</sup>; koordynatorem Stowarzyszenia jest Urząd Miasta w Łodzi. Organizacja skupia miasta i gminy, w których lokalni decydenci przyjęli statut Stowarzyszenia i zobowiązali się realizować strategię *Zdrowie dla wszystkich* na poziomie lokalnym<sup>15</sup>. Część członków organizacji należy również do Europejskiej Sieci Zdrowych Miast – European Healthy Cities Network (WHO-EHCN)<sup>16</sup>. Miasta uczestniczące w projekcie wypracowały już modelowy program działań zwiększających możliwości pomnażania potencjału zdrowotnego w środowisku lokalnym i mogą służyć jako przykład dla innych miejscowości, zainteresowanych poprawą sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Wymiana doświadczeń i pokazywanie dobrych praktyk w promocji zdrowia ma szczególne znaczenie<sup>17</sup>, stanowi bowiem realizację zadania WHO-EHCN; istnienie sieci sprzyja także wprowadzaniu polityki innowacji oraz umożliwia edukowanie innych członków Stowarzyszenia<sup>18</sup>, również w odniesieniu do lokalnych decydentów.

Uchwalona w Polsce *Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym*<sup>19</sup> oraz *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie*

<sup>14</sup> *Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich*. „Biuletyn” 2012, nr 41 (luty), s. 8. Pozyskano z: [http://www.szmp.pl/strona-8-biuletyn\\_informacyjny-strona-4.html](http://www.szmp.pl/strona-8-biuletyn_informacyjny-strona-4.html) (11.04.2012). Por. M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2010, s. 453–454.

<sup>15</sup> M. LEŻNICKA: *Zdrowe Miasto, Zdrowa Gmina, Województwo Promujące Zdrowie. W: Promocja zdrowia dla studentów...*, s. 193.

<sup>16</sup> A. TSOUROS, G. GREEN: *Health Promotion International: Special supplement on European Healthy Cities*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1. Por. R.J. LAWRENCE, C. FUDGE: *Healthy Cities in a global and regional context*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1; L.L. LAFOND, Z. HERITAGE: *Nationals networks of Healthy Cities in Europe*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1, i100.

<sup>17</sup> R.J. LAWRENCE, C. FUDGE: *Healthy Cities...*, s. i17. Por. G. GREEN et al.: *Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1, s. i37.

<sup>18</sup> L.L. LAFOND, Z. HERITAGE: *Nationals networks of Healthy Cities in Europe...*, s. i106.

<sup>19</sup> Tekst pierwotny: Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95; tekst jednolity: Dz.U. 1996, nr 13, poz. 74; tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1591.

powiatowym<sup>20</sup> stanowią podstawę do podejmowania działań na szczeblu lokalnym, również w zakresie spraw związanych z ochroną zdrowia i jego promocją<sup>21</sup>.

## Szkoła Promująca Zdrowie

Kolejną inicjatywą Światowej Organizacji Zdrowia w obszarze promocji zdrowia – po *Zdrowych miastach* – było utworzenie koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie (SzPZ). Po raz pierwszy ideę Szkoły Promującej Zdrowie opisano w 1989 roku w raporcie *Zdrowa szkoła*<sup>22</sup>, a już w 1991 roku Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała program pilotażowy w Czechosłowacji, na Węgrzech oraz w Polsce<sup>23</sup>. W 1992 roku trzy międzynarodowe organizacje: WHO – Biuro Regionalne dla Europy, Rada Europy i Komisja Europejska, podjęły decyzję o utworzeniu Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. W roku powstania do sieci przyjęto następujące państwa: Belgię, Czechosłowację, Danię, Grecję, Irlandię, Polskę i Węgry<sup>24</sup>.

Nadrzędnym celem Szkoły Promującej Zdrowie (SzPZ) jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej, co można osiągnąć przez:

- tworzenie odpowiedniego środowiska fizycznego i społecznego;
- umożliwianie wszystkim członkom społeczności szkolnej kontrolowanie swojego zdrowia fizycznego i emocjonalnego;

---

<sup>20</sup> Tekst pierwotny: Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578; tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1592.

<sup>21</sup> M. LEŻNICKA: *Zdrowe Miasto...*, s. 193.

<sup>22</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 246. Por. K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: „Impuls”, 2006, s. 46.

<sup>23</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 246.

<sup>24</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, s. 92.

- dokonanie określonych zmian w sposobie zarządzania szkołą, metodach nauczania, relacjach międzyludzkich<sup>25</sup>.

„Szkoła promująca zdrowie tworzy warunki i inicjuje działania, które sprzyjają dobremu samopoczuciu członków społeczności szkolnej, podejmowaniu przez nich działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz kreowaniu zdrowego środowiska”<sup>26</sup>. W myśl koncepcji promocja zdrowia w szkole powinna być przede wszystkim skierowana do ludzi młodych, a rezultatem podejmowanych inicjatyw winno być wzmożone działanie młodzieży na rzecz zdrowia własnego i społeczności, w której żyją. Ważne jest również, by realizowanie promocji zdrowia w szkole nie ograniczało się do realizacji programu nauczania, a było powiązane ze wszystkimi działaniami szkoły<sup>27</sup>. W takim rozumieniu możemy mówić o etosie zdrowia w szkole, stanowiącym ukryty program szkoły. Ważny element koncepcji stanowi także współdziałanie szkoły z rodzicami i społecznością lokalną, co sprzyja potęgowaniu treści, które uczeń przyswaja w szkole<sup>28</sup>.

Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie przyjęła ekoholistyczny model Szkoły Promującej Zdrowie, zaproponowany przez Talcotta Parsonsa i współpracowników<sup>29</sup>. W modelu tym zakłada się istnienie pięciu wzajemnie powiązanych elementów kluczowych „wewnątrz” szkoły (1 – zarządzanie, planowanie i podział ról, 2 – związki z innymi organizacjami, rodzinami i społecznością, 3 – obowiązujący program nauczania, 4 – środowisko społeczne i fizyczne, 5 – uczucia, postawy, wartości, kompetencje i zachowania sprzyjające zdrowiu), zależnych od czynników zewnętrznych, związanych z legislacją, polityką oraz działaniami w resorcie zdrowia i edukacji na poziomie mię-

<sup>25</sup> B. WOYNAROWSKA: *Szkoła promująca zdrowie*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Ignis, 1999, s. 381.

<sup>26</sup> B. WOYNAROWSKA, M. SOKOŁOWSKA: *Koncepcja i zasady tworzenia Szkoły Promującej Zdrowie*. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” [Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej] 2006, z. 10–11, s. 16.

<sup>27</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 248.

<sup>28</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, s. 94.

<sup>29</sup> B. WOYNAROWSKA, K. STĘPNIAK: *Ewolucja koncepcji i modelu szkoły promującej zdrowie w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2002, nr 12, s. 6.

dzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym. Wyznaczone są określone cechy Szkoły Promującej Zdrowie, a jednocześnie wskazuje się, iż inicjatywy na rzecz tworzenia takich szkół nie będą skuteczne, jeśli nie będą wspierane przez społeczności lokalne oraz resorty edukacji i zdrowia. Inicjatorzy koncepcji (organizacje międzynarodowe świadome odmiennych sytuacji politycznych, ekonomicznych czy kulturowych w różnych krajach) przyzwalają na tworzenie specyficznych dla danego kraju modeli<sup>30</sup>.

Od 1 stycznia 2008 roku Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie zmieniła swoją nazwę na Szkoły dla Zdrowia w Europie (Schools for Health in Europe – SHE). Siedziba organizacji znajduje się w Holenderskim Instytucie Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób (NIGZ), który jako koordynator sieci stanowi główne Centrum Współpracy z WHO w sprawie promocji zdrowia w szkole<sup>31</sup>. W skali światowej Europa zajmuje jedną z pierwszych pozycji w obszarze promocji zdrowia w szkołach. Obecnie do SHE należą 43 państwa, między innymi: Albania, Chorwacja, Cypr, Estonia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Islandia, Malta, Niemcy, Norwegia, Portugalia i Wielka Brytania<sup>32</sup>.

SHE umożliwia przyłączenie się do sieci każdej zainteresowanej tą ideą szkoły, jednocześnie pomaga Szkołom Promującym Zdrowie stać się integralną częścią europejskiej strategii zdrowia. Celem SHE jest zachęcanie swoich członków do rozwoju i popularyzowania krajowej strategii dotyczącej SzPZ poprzez<sup>33</sup>:

- dzielenie się informacjami dotyczącymi zagadnień związanych ze zdrowiem w szkołach;
- inicjowanie badań;

<sup>30</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 247.

<sup>31</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA: *Założenia i perspektywy rozwoju sieci Szkół Promujących Zdrowie (w kontekście systemowych zmian w obszarze edukacji zdrowotnej)*. W: *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. BILSKI. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, 2010, s. 173.

<sup>32</sup> *Schools for Health in Europe. Member countries*. Available on: <http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=tekst.tonen&tid=3> (29.08.2012).

<sup>33</sup> *Report „Schools for Health in Europe network”*. Available on: <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/SHEstrategicplan20082012.pdf> (24.09.2009).

- dzielenie się praktyką, doświadczeniami i umiejętnościami;
- propagowanie idei promocji zdrowia w szkołach.

Nadrzędnym celem SHE jest uczynienie koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie bardziej integralną częścią polityki edukacyjnej i zdrowotnej w Europie, a realizacji celu nadrzędnego służyć ma osiąganie celów strategicznych wyznaczonych na lata 2008–2012<sup>34</sup>:

- utrzymanie i przekształcenie sieci SzPZ w wiodącą międzynarodową społeczność – od sieci SzPZ do społeczności SzPZ (wyznaczenie liderów/ekspertów/koordynatorów, wspieranie i propagowanie promocji zdrowia w szkołach na europejskiej i krajowej scenie politycznej; zaangażowanie w debaty na poziomie europejskim i krajowym, jak również uczestnictwo w pracach nad zagadnieniami związanymi z młodzieżą, ze szkołami oraz z brakiem równości w kwestiach zdrowotnych; uruchamianie co 2 lata europejskiej letniej Szkoły Promocji Zdrowia w szkołach SzPZ; promowanie wśród koordynatorów SzPZ oraz członków grupy badawczej SzPZ idei publikowania w periodyku branżowym przynajmniej jednego artykułu rocznie dotyczącego promocji zdrowia w europejskich szkołach);
- wspieranie rozwoju, wdrożenia i badań promocji zdrowia w szkołach (dalszy rozwój podejścia propagującego promocję zdrowia w szkołach; rozbudowa i udoskonalenie bazy raportów naukowych dotyczących promocji zdrowia w szkołach oraz wspieranie podejścia propagującego tę promocję; promowanie wymiany wiedzy i dobrych praktyk w zakresie promocji zdrowia w szkołach; stymulowanie rozwoju i wdrażanie dobrych praktyk w zakresie wprowadzania i realizacji promocji zdrowia w szkołach; stymulowanie oceniania i opracowywania dowodów w zakresie wyników promowania i nauczania o zdrowiu; stymulowanie rozwoju i powiązań pomiędzy kształceniem nauczycieli i wewnętrznym doskonaleniem nauczycieli);
- zapewnienie ciągłego wsparcia technicznego krajom członkowskim, ze szczególnym uwzględnieniem krajów członkowskich Europy Wschodniej i Azji Środkowej (ułatwienie wprowadzenia i rozpowszechnienia wyników projektu HEPS; powołanie i działalność gru-

---

<sup>34</sup> K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA: *Założenia i perspektywy rozwoju sieci Szkół Promujących Zdrowie...*, s. 179–182.



py ekspertów w celu zapewnienia wsparcia technicznego, szkoleń i kreowania potencjału na rzecz członków sieci SzPZ, ze szczególnym naciskiem na kraje członkowskie Europy Wschodniej i Azji Środkowej);

- nawiązanie i utrzymywanie aktywnej współpracy z sektorem edukacji oraz pozostałymi odpowiednimi sektorami (wzmocnienie powiązań między sektorem edukacji i sektorem zdrowia na arenie międzynarodowej i w skali kraju; ustalenie klarownych relacji pomiędzy szkołami promującymi zdrowie i innymi inicjatywami w sektorze edukacji, takimi jak edukacja na rzecz zrównoważonego rozwoju, bezpieczne szkoły, ekoszoły, szkoły przyjazne dzieciom; ustalenie formalnych relacji między powiązаныmi sieciami – rodzice, dyrektorzy szkół, Europejskie Forum Młodzieży i inne, ustalenie relacji z innymi międzynarodowymi sieciami promującymi zdrowie);
- efektywne promowanie wizerunku sieci SzPZ (opracowanie planu komunikacyjnego; aktualizacja i rozbudowa strony internetowej SzPZ; ułatwienie dostępu do informacji na temat SzPZ dzięki zamieszczeniu materiałów na stronie internetowej; dostarczanie aktualnych informacji dotyczących promocji zdrowia w szkołach w biuletynie SzPZ, stymulowanie działalności grup wsparcia wśród członków sieci SzPZ pod egidą SzPZ oraz udostępnienie standardowej prezentacji dotyczącej SzPZ członkom sieci).

Praktyczne wdrożenie wymienionych celów możliwe było dzięki zastosowaniu następujących metod:

- działanie na zasadzie platformy edukacyjnej dla profesjonalistów aktywnych w dziedzinie szkolnej promocji zdrowia;
- stymulowanie profesjonalnej wymiany dotyczącej rozwoju teoretycznego, koncepcyjnego i metodologicznego w dziedzinie SzPZ, włączając w to badania i dobrą praktykę;
- ułatwienie wymiany praktyki edukacyjnej między poszczególnymi szkołami i uczniami w różnych krajach członkowskich;
- stymulowanie rozwoju i rozwijanie współpracy między różnymi sektorami w obszarze zdrowia i edukacji na poziomie europejskim i krajowym.

Wyzwania, przed którymi stoi SHE, ogniskują się wokół następujących zagadnień:

- od sieci do społeczności – SHE zakłada dotarcie do wszystkich i ma zamiar zbudować otwartą i aktywną społeczność, a nie zhierarchizowaną strukturę;
- rozprzestrzeniająca się świadomość SHE – przez 16 lat Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie działała na szczeblu europejskim, ale nie była znana wszystkim potencjalnym beneficjentom na poziomie krajowym oraz regionalnym, dlatego SHE będzie zwiększała tę świadomość poprzez pomnażanie użytecznych umiejętności samych koordynatorów oraz wykorzystanie możliwości, jakie dają środki elektroniczne;
- ograniczony dostęp do informacji – SHE zgromadziła dużą wiedzę, ale dostęp do informacji jest ograniczony, co należy zmienić poprzez odpowiednią działalność SHE oraz działalność profesjonalistów i polityków, którzy mogą być propagatorami tej idei;
- od tematów zdrowotnych do lepszej edukacji – przez lata koncepcja ewaluowała od tematów związanych z paleniem, jedzeniem, ze zdrowiem psychicznym czy z seksem do traktowania zdrowia jako części szkolnej polityki i planów; ważne jest również większe zainteresowanie i współpraca sektora edukacji na poziomie poszczególnych krajów;
- marketing – może zostać poprawiony dzięki jasnej i prostej informacji; konieczne jest stworzenie strony internetowej zawierającej niezbędne informacje dla poszczególnych grup docelowych, takich jak koordynatorzy, grupa badawcza, politycy, trenerzy nauczycieli, nauczyciele;
- różnorodność – największym wyzwaniem dla SHE jest kulturalna i polityczna różnorodność 43 krajów członkowskich, każdy kraj ma swój własny system edukacji i zdrowia; sieć z jednej strony uznaje te różnice, a z drugiej będzie poszukiwać użytecznych rozwiązań jednolitych na poziomie europejskim;
- komunikacja – podstawowy język komunikacji członków SHE stanowi język angielski; z uwagi na fakt, że nie wszyscy członkowie biegle władają tym językiem, konieczne jest wypracowanie narzędzi do poprawy dotychczasowej komunikacji<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Ibidem, s. 174. Por. K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA: *The new perspectives of Health Promoting Schools development – current situation in Europe and Poland*. „The Educational Review” 2010, no. 2, s. 175–176.

Członkami sieci SHE są koordynatorzy, kadra doradcza, komitet planowania oraz grupa badawcza i partnerzy HEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools – Zdrowe Odżywianie i Aktywność Fizyczna w Szkołach), a do podmiotów biorących udział w projekcie należą dzieci i młodzież w wieku szkolnym, kadra zarządzająca szkołami i koordynatorzy promocji zdrowia (także szkolni), kadra szkoły, rada szkoły, społeczność lokalna, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i inne właściwe ministerstwa, politycy (światowi, europejscy, krajowi, regionalni i lokalni), inne europejskie sieci (na przykład Europejskie Forum Młodzieży), krajowe i regionalne Sieci Szkół Promujących Zdrowie, badacze zajmujący się szkolną promocją zdrowia, profesjonaliści zajmujący się szkolną promocją zdrowia, fundacje<sup>36</sup>.

Działania podejmowane w ramach sieci SHE opierają się na koncepcji zdrowia pozytywnego i dobrego samopoczucia, odwołując się także do zapisów Konwencji Praw Dziecka ONZ oraz Europejskiej Konwencji o Wykonywaniu Praw Dzieci. W zakresie promocji zdrowia w szkole SHE bazuje na pięciu podstawowych wartościach i filarach. Wśród kluczowych wartości sieć SHE wymienia: równość, ciągłość i kontynuację działań, włączanie, upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania oraz demokrację. **Równość** zakłada taki sam dostęp wszystkich podmiotów do działań edukacyjnych i zdrowotnych, co umożliwia redukcję nierówności w zdrowiu. **Ciągłość i kontynuacja działań** oznacza, że zdrowie, edukacja i rozwój są z sobą ściśle powiązane i warunkują dobrą jakość życia. Dzięki podejmowanym działaniom z zakresu promocji zdrowia możliwe jest przygotowanie uczniów do pełnienia przyszłych ról społecznych. Efekty funkcjonowania SzPZ są najlepsze, kiedy podejmowana problematyka wdrażana jest w sposób systematyczny przez dłuższy czas (przynajmniej 5–7 lat). **Włączanie** jest równoznaczne z tym, że SzPZ cenią różnorodność i tworzą społeczność, w której wszyscy obdarzają się wzajemnym szacunkiem i zaufaniem. Dobre relacje pomiędzy uczniami, kadrami szkoły, rodzicami oraz społecznością lokalną stanowią bazę podejmowanych

---

<sup>36</sup> Report „Schools for Health in Europe network”. Available on: <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/SHEstrategicplan20082012.pdf> (24.09.2009).

działań. SzPZ zachęca dzieci, młodych ludzi i wszystkich członków społeczności szkolnej do aktywnego angażowania się w ustalanie celów związanych ze zdrowiem oraz podejmowania działań na poziomie szkoły i społeczności, zmierzających do osiągnięcia tych celów, co jest rozumiane jako **upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania**. Działania SzPZ są oparte na wartościach **demokratycznych**, przebiegają w duchu respektowania praw innych i brania odpowiedzialności za własne wybory.

Do filarów, na których oparta jest działalność SHE, należą: całościowe podejście do zdrowia w szkole, uczestnictwo, jakość szkoły, dowody, relacje między szkołą a społecznością lokalną.

**Całościowe podejście do zdrowia w szkole** oznacza, że istnieje koherencja pomiędzy polityką szkoły oraz praktyką, co przejawia się w wymienionych obszarach:

- aktywne uczestnictwo społeczności szkolnej w realizacji ścieżki edukacji zdrowotnej;
- branie pod uwagę indywidualnych koncepcji zdrowia uczniów;
- rozwój szkolnej polityki zdrowotnej;
- rozwój sprzyjającego zdrowiu fizycznego i społecznego środowiska szkoły;
- rozwój umiejętności życiowych członków społeczności szkolnej;
- budowanie efektywnej współpracy szkoły z rodzicami i ze społecznością lokalną;
- angażowanie do współpracy instytucji z obszaru ochrony zdrowia.

Ważnym warunkiem propagowania idei SHE jest kształtowanie u wszystkich członków społeczności szkolnej poczucia odpowiedzialności za jej współtworzenie poprzez efektywne **uczestnictwo** i zaangażowanie, co jest warunkiem wstępnym efektywności działań z zakresu promocji zdrowia w szkole.

SzPZ dają możliwości lepszego uczenia się i nauczania, co stanowi o **jakości szkoły**. Zdrowi uczniowie uczą się lepiej, a zdrowi nauczyciele i personel szkoły pracują efektywniej i osiągają większą satysfakcję z pracy. SzPZ wspierają inne szkoły w osiąganiu ich edukacyjnych i społecznych celów (udzielają wskazówek, jak te cele zrealizować).

Systematycznie prowadzone badania naukowe dostarczyły **dowodów** na to, że działania podejmowane dotychczas w zakresie promocji zdro-

wia są skuteczne, jeśli chodzi zarówno o tematy powiązane ze zdrowiem (na przykład zdrowie psychiczne, odżywianie, stosowanie substancji psychoaktywnych), jak i o całościowe funkcjonowanie szkoły.

SzPZ jest częścią otaczającej ją społeczności – zakłada się konieczność istnienia pozytywnych **relacji pomiędzy szkołą a społecznością lokalną** – i aktywnym agentem we wzmacnianiu społecznych i zdrowotnych kompetencji.

Od 1991 roku koncepcja SzPZ jest realizowana w Polsce. W latach 1992–1995 Polska wraz z Czechami, ze Słowacją oraz z Węgrami uczestniczyła w programie pilotażowym, którego celem było zainicjowanie działań oddolnych i przygotowanie wzorcowych strategii. Wypracowane w Polsce standardy Szkoły Promującej Zdrowie obejmują: realizację celów sformułowanych w różnych aktach prawnych (również w podstawach programowych różnych typów szkół), pomoc w zrozumieniu i zaakceptowaniu koncepcji przez wszystkich członków społeczności szkolnej, zarządzanie projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający licznemu uczestnictwu i skutecznym działaniom, kreowanie klimatu społecznego umożliwiającego rozwój wszystkich uczniów, ich rodziców oraz pracowników oraz tworzenie środowiska fizycznego korzystnego dla zdrowia<sup>37</sup>.

Obecnie do Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie należy ponad 2 000 polskich szkół<sup>38</sup>. Na bazie wypracowanych standardów i narzędzi możliwe jest przyjęcie do sieci ubiegających się o to szkół (aktualnie nie ma wypracowanych standardów dla przedszkoli). Krajowe certyfikaty wydawane są na okres 5 lat po spełnieniu określonych warunków przez szkoły (członkostwo w wojewódzkiej sieci i posiadanie wojewódzkiego certyfikatu przynajmniej przez 3 lata, dokonanie ewaluacji dotychczasowych działań, zgodnie z wytycznymi Ośrodka Rozwoju Edukacji, i ich publiczne omówienie, zaproponowanie własnych dobrych praktyk, którymi szkoła będzie mogła się dzielić z innymi placówkami, otrzymanie rekomendacji wojewódzkiego koordynatora

<sup>37</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 251.

<sup>38</sup> *Procedura nadawania Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*, s. 2. Pozyskano z: [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=66:materiay-dot.-programu-szkoa-promujca-zdrowie&Itemid=1105](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=66:materiay-dot.-programu-szkoa-promujca-zdrowie&Itemid=1105) (29.08.2012).

oraz opracowanie informacji na temat szkoły i umieszczenie tej informacji na stronie [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)<sup>39</sup>. Polskie szkoły coraz częściej ubiegają się o przyjęcie do sieci, w tym celu podnoszą swoje standardy i realizują etos zdrowia w szkole.

## Zdrowe miejsce pracy

Zdrowiem pracowników od lat zajmowano się w ramach tzw. medycyny przemysłowej, której podstawowe zadanie stanowiła działalność profilaktyczna. Z czasem jednak zaczęto koncentrować się na leczeniu pracowników. W tradycyjnym rozumieniu zajmowanie się zdrowiem pracowników wynikało z ich związków z miejscem pracy (warunki pracy, choroby zawodowe itp.); koncentrowano się głównie na identyfikacji czynników ryzyka, neutralizowaniu i minimalizowaniu ich skutków. Pracownicy nie mieli wówczas możliwości aktywnego uczestnictwa w kreowaniu prozdrowotnego miejsca pracy<sup>40</sup>. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych XX wieku zmieniono podejście do kwestii zdrowia pracowników. W 1988 roku Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała raport *Promocja zdrowia dla populacji pracujących*, w którym za niezbędne uznano podjęcie działań zmierzających do modyfikacji stylu życia i warunków życiowych pracowników, w tym:

- redukcję palenia tytoniu, używania środków psychotropowych, picia alkoholu, oraz
- kształtowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności: podejmowania aktywności fizycznej oraz prawidłowego odżywiania.

Autorzy raportu uznali, iż to właśnie zakład pracy jest miejscem, w którym tego typu działania można podejmować<sup>41</sup>. Dopiero w 1997

---

<sup>39</sup> Ibidem, s. 3.

<sup>40</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Zakład pracy promujący zdrowie. Zdrowe miejsce pracy*. W: *Promocja zdrowia dla studentów...*, T. 1, s. 210.

<sup>41</sup> Ibidem, s. 209.

roku w Luksemburgu<sup>42</sup> dokument WHO został podpisany przez wszystkich członków Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (European Network for Workplace Health Promotion), założonej rok wcześniej. Od momentu założenia Sieci z jej inicjatywy podjęto liczne działania. Działania te stały się podstawą do utworzenia standardów dla instytucji, którym nie jest obca dbałość o zdrowie pracowników. Europejską Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy tworzą sieci krajowe, które ułatwiają transgraniczną wymianę informacji i sposobów wdrażania dobrych praktyk. W Polsce jednostką nadzorującą pracę sieci jest Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, działające od 1996 roku w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. W 2001 roku Centrum zostało przyjęte do EN WHP. Aktualnie Sieć liczy 30 członków, poza Polską należą do niej między innymi: Austria, Belgia, Bułgaria, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Niemcy, Norwegia, Portugalia i Wielka Brytania.

Wśród zadań i celów Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy znajdują się:

- identyfikacja i rozpowszechnianie w skali Europy dobrych praktyk promocji zdrowia w miejscu pracy, zgodnie z przyjętymi standardami krajowymi;
- zwiększenie liczby pracowników w przedsiębiorstwach, które identyfikują się z założeniami koncepcji;
- zarządzanie wiedzą o zdrowiu w miejscu pracy;
- wspieranie innowacyjnych rozwiązań w odniesieniu do środowiska pracy – nowoczesne miejsce pracy wymaga dbałości o zdrowie pracowników i ich dobre samopoczucie, modyfikowania metod pracy, a to dopiero zwiększa szanse na zrównoważony rozwój firmy i jej przewagę nad konkurencją;
- opracowanie wiarygodnych dowodów na skuteczność podejmowanych działań i wynikających z nich korzyści dla pracowników i firm;

---

<sup>42</sup> *The Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union.* Available on: <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html> (30.08.2012).

- tworzenie narzędzi i możliwość ich wymiany międzynarodowej<sup>43</sup> (Polska opracowała między innymi *Kwestionariusz oceny jakości zakładowego programu promocji zdrowia*).

Koncepcja promocji zdrowia w miejscu pracy zakłada nie tylko ochronę zdrowia pracowników, ale przede wszystkim podejmowanie zachowań prozdrowotnych przez i wobec pracowników, również w małych i średnich przedsiębiorstwach. Działania tego typu wykraczają poza ustawowe obowiązki pracodawców, jednak wynikają z ich głębokiego przeświadczenia o sensowności i skuteczności kształtowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Zdrowi, efektywni pracownicy tworzą zdrowe, konkurencyjne na rynku przedsiębiorstwo.

Do cech zakładu pracy promującego zdrowie można zaliczyć:

- opracowywanie i wdrażanie prozdrowotnej polityki zarządzania;
- kreowanie i modyfikowanie środowiska pracy, by nie zagrażało pracownikom (likwidacja czynników szkodliwych i uciążliwych czy zagrożeń bezpieczeństwa);
- stymulacja i wsparcie wszelkich prozdrowotnych zachowań związanych z wykonywaniem pracy (bezpieczeństwo i higiena pracy);
- umożliwianie pracownikom i ich rodzinom utrzymania prozdrowotnego stylu życia poprzez dostarczanie wiedzy na ten temat, kształtowanie postaw i umiejętności w trakcie treningów, szkoleń, spotkań oraz organizację czasu wolnego<sup>44</sup>;
- podejmowanie interdyscyplinarnej współpracy na rzecz zdrowia pracowników (lekarz, psycholog, pedagog, socjolog)<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> *Working together towards better health at work*. Available on: <http://www.enwhp.org/the-enwhp/aims-and-tasks.html> (30.08.2012).

<sup>44</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Zakład pracy promujący zdrowie...*, s. 210–211.

<sup>45</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 220.



## Szpital Promujący Zdrowie

W powszechnym rozumieniu szpital jest placówką, która podejmuje zadania związane z diagnostyką i realizacją świadczeń leczniczych czy terapeutycznych. Zgodnie z ideą promocji zdrowia, szpital winien pomnażać potencjał zdrowotny swoich pracowników, pacjentów oraz ich rodzin. Realizacja koncepcji szpitala jako miejsca, w którym jest możliwa szeroko pojęta promocja zdrowia, swój początek ma już w 1978 roku w przyjętej wówczas *Deklaracji Światowej Organizacji Zdrowia*<sup>46</sup>. Prace nad projektem *Szpital Promujący Zdrowie*, uwzględniającym model zatwierdzony przez WHO, rozpoczęto w 1989 roku w Wiedniu w Instytucie Socjologii Medycyny im. Ludwiga Boltzmanna<sup>47</sup>. W latach 1993–1997 uruchomiono projekt pilotażowy, w którym uczestniczyło 20 szpitali z 11 krajów europejskich, w tym 2 szpitale polskie: Centrum Zdrowia Dziecka i Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Ustroniu.

HPH (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services) jest międzynarodową siecią skupiającą szpitale promujące zdrowie na całym świecie. W 2010 roku liczba szpitali członkowskich wynosiła 805, liczba sieci krajowych – 38, a liczba krajów należących do HPH – 40. W 2010 roku do sieci przystąpiło 68 nowych szpitali, rok wcześniej – znacznie więcej (104)<sup>48</sup>. Aktualnie HPH ma 900 członków<sup>49</sup>. Podstawą działania sieci są następujące dokumenty:

- *Karta ottawska* (1986);
- *Deklaracja budapeszteńska* (1991);
- *Rekomendacje wiedeńskie* (1997);

---

<sup>46</sup> H. IDCZAK: *Szpital Promujący Zdrowie*. W: *Promocja zdrowia dla studentów...*, T. 1, s. 214.

<sup>47</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2008, s. 169.

<sup>48</sup> *Spotkanie Regionalnych Koordynatorów Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie – 24 stycznia 2011 roku*. Pozyskano z: [http://www.wok.wroclaw.pl/upfiles/doPobrania/siecSzpitali/2011/siecSzpitali\\_spotkanie\\_110216.pdf](http://www.wok.wroclaw.pl/upfiles/doPobrania/siecSzpitali/2011/siecSzpitali_spotkanie_110216.pdf) (3.01.2013).

<sup>49</sup> *The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services*. Available on: [www.hphnet.org/](http://www.hphnet.org/) (3.01.2013).

- *Karta z Bangkoku* (2006);
- *Standardy dla Szpitali Promujących Zdrowie* (2006)<sup>50</sup>.

W zapisach *Karty ottawskiej* założono między innymi odpowiedzialność za promowanie zdrowia również profesjonalistów opieki zdrowotnej. Służyć temu miało znaczne rozszerzenie zakresu działalności placówek medycznych, przechodzenie od działalności *stricte* leczniczej do inicjatyw umożliwiających pomnażanie zdrowia przez personel, pacjentów i ich rodziny.

*Deklaracja budapeszteńska* głosiła między innymi konieczność zapewnienia przez Szpitale Promujące Zdrowie działań prozdrowotnych w zakresie planowania, realizacji oraz włączenia promocji zdrowia do struktur organizacyjnych. Zachęcała również do promowania koncepcji poprzez powszechne identyfikowanie się całego szpitala z ideą promocji zdrowia, rozwijanie świadomości wpływu środowiska szpitalnego, również w zakresie środowiska fizycznego szpitala, na proces zdrowienia pacjentów. Szpital Promujący Zdrowie powinien zachęcać pacjentów do czynnego udziału w procesie zdrowienia, aktywnego udziału we wszystkich inicjatywach na rzecz zdrowia na terenie całej placówki. W myśl *Deklaracji budapeszteńskiej* Szpital Promujący Zdrowie winien stać się wzorem świadczeń prozdrowotnych oraz wzorowym miejscem pracy, oferującym zdrowe warunki pracy dla całego personelu szpitalnego<sup>51</sup>.

Zgodnie z *Rekomendacjami wiedeńskimi*, szpital należący do sieci powinien promować zasadę poszanowania godności ludzkiej, równości, solidarności, etyki zawodowej. Jako placówka promująca zdrowie, winien skupiać się na zdrowiu pacjentów w sposób holistyczny, również identyfikując różnice w potrzebach, wartościach i kulturze różnych grup społecznych. Ważnym zadaniem Szpitala Promującego Zdrowie jest podejmowanie aktywności w celu poprawy jakości usług, a tym samym poprawy zdrowia pacjentów i ich rodzin oraz personelu szpitalnego. W *Rekomendacjach wiedeńskich* postuluje się także konieczność koncentracji na człowieku, co ma ułatwiać proces zdrowienia i przyczyniać się do wzmacniania roli pacjenta w procesie powrotu do zdro-

<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> H. IDCZAK: *Szpital Promujący Zdrowie...*, s. 215–216.

wia. Ważnym aspektem działań prozdrowotnych szpitali jest również podejmowanie przez nie współpracy z innymi instytucjami systemu opieki zdrowotnej różnego szczebla czy społecznością lokalną oraz takie lokowanie zasobów finansowych, które znacznie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pracowników, pacjentów i ich rodzin<sup>52</sup>.

W *Kartach z Bangkoku* oraz *Standardach dla Szpitali Promujących Zdrowie* doprecyzowano jedynie wcześniejsze postulaty i uczyniono Szpitale Promujące Zdrowie wzorcowymi placówkami medycznymi. Zespół 15-osobowy z Ośrodka Koordynacyjnego Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie podjął w 2001 roku wyzwanie stworzenia standardów dla Szpitali Promujących Zdrowie. W wyniku współpracy 15 przedstawicieli krajowych sieci Szpitali Promujących Zdrowie opracowano pierwotnie 6 (aktualnie obowiązuje 5) podstawowych standardów:

- Standard 1.: *Management policy – polityka zarządzania* – między innymi opracowanie i publikacja programu promocji zdrowia w placówce, wspieranie pracowników w uzyskiwaniu kompetencji w zakresie promocji zdrowia oraz organizacja zbierania danych w celu skontrolowania jakości podejmowanych działań;
- Standard 2.: *Patient assessment – ocena potrzeb pacjenta* – tworzenie odpowiednich procedur oceny, które wdrażane są podczas pierwszych wizyt pacjenta oraz w trakcie przyjętego leczenia;
- Standard 3.: *Patient information and intervention – informacja i działania w promocji zdrowia* – przekazywanie pacjentowi rzetelnych informacji na temat czynników wpływających na zdrowie i znaczenia tych czynników, aktualnego stanu zdrowia pacjentów oraz podjętego procesu leczenia;
- Standard 4.: *Promoting a Healthy Workplace – szpital zdrowym bezpiecznym miejscem pracy* – organizacja szkoleń dla personelu w celu zdobycia odpowiednich umiejętności w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz angażowanie pracowników do podejmowania różnych inicjatyw prozdrowotnych;

---

<sup>52</sup> Spotkanie Regionalnych Koordynatorów Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie...

- Standard 5.: *Continuity and Cooperation – ciągłość opieki nad pacjentem, współpraca z instytucjami* – dbałość o spójność podejmowanych działań wobec pacjenta, przekazywanie odpowiedniej dokumentacji placówkom, do których trafia on po zakończeniu leczenia, oraz podejmowanie owocnej współpracy ze społecznością lokalną, szczególnie ze stowarzyszeniami skupiającymi profesjonalistów opieki zdrowotnej<sup>53</sup>.

Na Zgromadzeniu Generalnym Międzynarodowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie w maju 2008 roku zaakceptowano *Konstytucję HPH*, w której wyznaczono misję sieci: wdrażanie idei, wartości, strategii i standardów lub wskaźników w obszarze promocji zdrowia do struktur organizacyjnych i kultury szpitali oraz innych placówek służby zdrowia. Celem tych działań jest spotęgowanie zdrowia poprzez poprawę jakości opieki zdrowotnej oraz podjęcie współpracy między szpitalami/placówkami służby zdrowia a społecznością i środowiskiem, co winno sprzyjać satysfakcji pacjentów, ich rodzin i personelu tych placówek<sup>54</sup>.

Szpitaly należące do sieci realizują 5 zadań obligatoryjnych oraz programy własne. Zadania obligatoryjne obejmują:

- włączenie do struktury szpitala zespołu zajmującego się promocją zdrowia;
- prowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej;
- podejmowanie aktywności na rzecz zdrowego żywienia;
- prowadzenie działalności antynikotynowej i antyalkoholowej;
- podjęcie współpracy ze środowiskiem lokalnym<sup>55</sup>.

Wśród przykładowych projektów możliwych do realizacji w szpitalach promujących zdrowie Jerzy B. Karski wymienia: „*Higiena w szpitalu, Szpital bez papierosa, Szpital zdrowym miejscem pracy, Współpraca interdyscyplinarna, Poprawa jakości świadczeń, Satysfakcja pacjenta, Szpital przyjazny dziecku, Szpital przyjaznym miejscem*

<sup>53</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 222–223. Por. *Spotkanie Regionalnych Koordynatorów Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie...*

<sup>54</sup> *Spotkanie Regionalnych Koordynatorów Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie...*

<sup>55</sup> J.B. KARSKI: *Szpital Promujący Zdrowie. W: Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Wydawnictwo Ignis, 1999, s. 392.

*pracy, Opanowywanie stresu w szpitalu, Ruch to zdrowie, Życie bez nałogów, Profilaktyka i zwalczanie nadwagi, Promocja karmienia piersią, Pacjent z cukrzycą, Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby, Interdyscyplinarne porozumiewanie się, Profilaktyka nowotworów sutka, Profilaktyka próchnicy zębów, Profilaktyka osteoporozy, Profilaktyka AIDS, Oszczędzanie energii w szpitalu, Gospodarka odpadami w szpitalu”<sup>56</sup>.*

Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie (PS SzPZ) powstała w 1992 roku z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Celem Sieci było i jest stworzenie możliwości współpracy i wymiany doświadczeń oraz dobrych praktyk wśród wszystkich placówek. Siedziba PS SzPZ znajduje się w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie. Decyzję o przystąpieniu do Polskiej Sieci SzPZ podejmuje Rada Sieci na wniosek dyrektora szpitala ubiegającego się o przyjęcie. Złożony przez dyrektora wniosek powinien obejmować realizowane bądź zaplanowane do realizacji tematy z zakresu promocji zdrowia.

Do zadań, które winny być realizowane przez szpitale należące do Sieci, należą:

- rozwijanie umiejętności pacjentów i ich rodzin w zachowaniu zdrowia;
- poprawa warunków pracy personelu szpitalnego;
- poprawa jakości świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych i socjalnych;
- poprawa samopoczucia pacjentów i ich rodzin;
- poprawa satysfakcji personelu szpitalnego z pracy;
- osiąganie wzrostu skuteczności i wydajności pracy szpitala<sup>57</sup>.

Pozostałe inicjatywy obejmujące promocję zdrowia na terenie szpitala pozostają w gestii dyrekcji oraz personelu szpitalnego.

<sup>56</sup> Ibidem, s. 393.

<sup>57</sup> H. IDCZAK: *Szpital Promujący Zdrowie...*, s. 215.

## Inne propozycje programów opracowane w Polsce

W Polsce z inicjatywy Zakładu Analiz i Promocji Zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie powstały następujące programy:

- *Promocja zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej* – program obejmujący podejmowanie działań wobec personelu, pacjentów oraz środowiska; warunkiem realizacji programu jest podjęcie współpracy z innymi siedliskami (szkoła, zakład pracy) na zasadzie partnerstwa<sup>58</sup>;
- *Samorządowy ośrodek ekologii i zdrowia* – stanowiący propozycję utworzenia międzysektorowego ośrodka ekologiczno-zdrowotnego na poziomie samorządu lokalnego;
- *Zdrowy dom* – będący propozycją popularyzowania idei zdrowego domu (tworzenie warunków mieszkalnych bądź adaptowanie mieszkań istniejących, tak by sprzyjały zdrowiu) w celu kształtowania opinii publicznej na temat korzyści płynących z mieszkania w warunkach korzystnych dla zdrowia<sup>59</sup>.

## Województwo promujące zdrowie

Program *Województwo promujące zdrowie* został opracowany i wprowadzony w 2000 roku przez samorząd województwa kujawsko-pomorskiego. Opierając się na zapisach *Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa*<sup>60</sup> oraz strategii *Zdrowie dla wszystkich*, samorząd województwa realizuje określone zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia<sup>61</sup>. Zgodnie z założeniami idei pro-

<sup>58</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 228.

<sup>59</sup> Ibidem, s. 226–227.

<sup>60</sup> Tekst pierwotny: Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576; tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590.

<sup>61</sup> M. LEŻNICKA: *Zdrowe Miasto...*, s. 193.

mocji zdrowia w środowisku, zdaniem autorów programu, województwo promujące zdrowie powinno:

- oferować możliwość partycypacji społeczności lokalnej w podejmowanych inicjatywach na szczeblu wojewódzkim;
- uznawać konieczność wprowadzania innowacji w obszarze promocji zdrowia (promocja zdrowia, jako dziedzina nowa, wymaga poszukiwania nowych, twórczych metod działania);
- umożliwiać podejmowanie decyzji w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej;
- sprzyjać podejmowaniu współpracy międzysektorowej<sup>62</sup>.

Program *Województwo promujące zdrowie* ma na celu poprawę zdrowotności i jakości życia mieszkańców regionu. Służy temu skoordynowanie działań podejmowanych przez różne podmioty, wyszkolenie lokalnych liderów, reorientacja sposobu myślenia o zdrowiu mieszkańców oraz pozyskiwanie sojuszników – również międzynarodowych – między innymi korzystanie z możliwości dofinansowania z funduszy unijnych różnych przedsięwzięć w obszarze promocji zdrowia<sup>63</sup>.

Wszystkie opisane programy mają na celu rozpowszechnianie idei promocji zdrowia wśród określonych społeczności (lokalnej, zawodowej, szkolnej itp.) i przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia całej populacji.

---

<sup>62</sup> Ibidem.

<sup>63</sup> Ibidem, s. 201.

## Projektowanie i ewaluacja programów promocji zdrowia

Kluczowym narzędziem w zakresie realizacji założeń promocji zdrowia jest konstruowanie programów zdrowotnych. Program promocji zdrowia powinien cechować się:

- orientacją na system (uczestnicy programów nie tylko są jednostkami z określonymi możliwościami i zaspokajającymi indywidualne potrzeby, lecz także stanowią część społeczeństwa – realizują określone cele społeczne);
- interdyscyplinarnością (konieczność udziału w projektowaniu programów przedstawicieli różnych dyscyplin nauki, co niewątpliwie przyczynia się do bardziej wszechstronnego i twórczego planowania);
- orientacją na rozwiązanie problemu (identyfikacja problemów i zagrożeń zdrowotnych w celu dostosowania odpowiednich działań do potrzeb uczestników);
- orientacją na zdrowie (zdrowie winno stanowić punkt centralny planowanych działań, jednocześnie unika się koncentracji na chorobach i czynnikach ryzyka);
- międzysektorowością (konieczność współpracy pomiędzy poszczególnymi sektorami, na przykład zdrowia, edukacji);
- uczestnictwem (współudział przedstawicieli grupy docelowej w planowaniu działań, przede wszystkim ze względu na projektowanie działań dostosowanych do potrzeb osób z tej grupy);
- wymianą międzynarodową (wymianą doświadczeń i dobrych praktyk)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów*



W Wielkiej Brytanii powstał praktyczny przewodnik służący systematycznej diagnozie problemów zdrowotnych o nazwie *Health Needs Assessment Workbook*<sup>2</sup>. W przewodniku opisano pięć kroków postępowania podczas konstruowania diagnozy problemów zdrowotnych. Po pierwsze, należy ustalić, o jaką populację chodzi, co jest celem działania, kto powinien się zaangażować, jakie są dostępne zasoby i jakie możliwości ryzyka. Krok drugi to określenie priorytetów zdrowotnych (diagnoza/identyfikacja stanu wyjściowego, określenie uwarunkowań zdrowia i ich ocena oraz zrozumienie potrzeb zdrowotnych). Kolejnym krokiem jest wyselekcjonowanie spośród wszystkich priorytetów zdrowotnych tych, w ramach których zostaną zaplanowane i podjęte działania. Krok czwarty to już dokładne zaplanowanie zmiany i jej ewaluacji. Ostatnim, piątym etapem diagnozy jest rozpoczęcie działania<sup>3</sup>.

Zdaniem Jerzego B. Karskiego, konstruowanie programu promocji zdrowia dla środowiska lokalnego powinno składać się z pięciu zasadniczych etapów:

- działania wstępne – opis sytuacji zdrowotnej i warunków środowiskowych, jej przyczyn oraz określenie priorytetów;
- opracowanie wstępne – polegające na przeprowadzeniu konfrontacji uzyskanych wyników z wiedzą na temat uwarunkowań zdrowia, ustaleniu listy podmiotów, które można zaangażować do działań, opracowaniu listy zagadnień do realizacji czy potrzebnych materiałów oraz ocenie potrzeb i metod pozyskiwania środków finansowych;
- program wdrożeniowy – obejmujący harmonogram podjętych działań, wstępną ocenę kosztów i efektów oraz zarys współpracy z różnymi podmiotami;
- program pozyskiwania partnerów i zwiększania zasięgu programu;

---

*licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. T. 1: Teoretyczne podstawy promocji zdrowia.* Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008, s. 178–179.

<sup>2</sup> J. HOOPER, PH. LONGWORTH: *Health Needs Assessment Workbook*. Available on: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/hna.pdf> (15.11.2013). Zob. J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2008, s. 45.

<sup>3</sup> J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia...*, s. 46.

- prezentacja wybranych losowo projektów, ich omówienie oraz wybór najlepszych<sup>4</sup>.

Współcześnie istnieje pogląd, że planowanie programu jest ważniejsze od efektywności zastosowanych w nim specyficznych metod<sup>5</sup>. Przyjmuje się, że profesjonalny program promocji zdrowia powinien składać się z następujących elementów:

- nazwa programu;
- uzasadnienie realizacji programu;
- cele programu;
- opis programu;
- opracowanie planu pracy;
- harmonogram programu;
- budżet programu;
- sposoby ewaluacji;
- informacje o osobach i instytucjach współpracujących lub przewidzianych do współpracy<sup>6</sup>.

Podjęcie działań na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia społeczności lokalnej wymaga przede wszystkim przeprowadzenia oceny sytuacji i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Należy jednak pamiętać, że zdrowie społeczności stanowi jedynie wypadkową zdrowia tworzących ją jednostek, a zatem jest pojęciem abstrakcyjnym.

Punktem wyjściowym opracowania programu jest szczegółowa diagnoza<sup>7</sup> sytuacji społecznej i zdrowotnej populacji, do której program

<sup>4</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. 5. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2011, s. 125–126.

<sup>5</sup> S. HEWARD, CH. HUTCHINS, H. KELEHER: *Organizational change – key to capacity building and effective health promotion*. „Health Promotion International” 2007, vol. 22, no. 2, s. 171.

<sup>6</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 179–181.

<sup>7</sup> Termin „diagnoza” pochodzi z języka greckiego i oznacza ‘rozdzielanie, osądzenie’. Pojęcie to najczęściej używane było w medycynie, obejmowało działania służące do rozpoznania choroby; obecnie w coraz szerszym zakresie stosowane jest w innych naukach, gdzie oznacza wszelkie rozpoznanie. Od 1917 roku za sprawą Mary Richmond termin „diagnoza” funkcjonuje w naukach społecznych, również w pedagogice. Zob. S. ZIEMSKI: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa: Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, 1973, s. 15.

zostanie skierowany. Diagnoza zawiera dwa składniki, mianowicie: zebranie potrzebnych danych oraz krytyczne opracowanie danych w drodze rozumowania<sup>8</sup>; dotyczy „procesu prowadzenia badań (diagnoza jako proces) oraz oznacza jego wyniki (diagnoza jako rezultat)”<sup>9</sup>.

Uzasadnienie realizacji programu wymaga przeprowadzenia szczegółowej diagnozy demograficznej, epidemiologicznej, społecznej oraz behawioralnej<sup>10</sup>.

Przeprowadzenie **diagnozy demograficznej** obejmuje rozpoznanie zmiennych demograficznych, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy stan cywilny.

W określaniu zdrowia populacji – w ramach **diagnozy epidemiologicznej** – bierze się pod uwagę mierniki i wskaźniki zdrowia<sup>11</sup>. „Wskaźniki zdrowia to poddająca się bezpośredniemu pomiarowi zmienna, która odzwierciedla jeden lub więcej aspektów stanu zdrowia osób należących do danej populacji. [...] mogą one być użyte do konstruowania indeksów zdrowia, jako ich komponenty”<sup>12</sup>. Zastosowanie mierników i wskaźników może przebiegać dwutorowo – z jednej strony mogą służyć do oceny zmian w stanie zdrowia populacji, z drugiej natomiast bezpośrednio bądź pośrednio do oszacowania skuteczności wdrażanych programów<sup>13</sup>.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy grupy mierników zdrowia: negatywne, pozytywne i narażenia. Do negatywnych mierników zalicza się: chorobowość (liczba osób chorych w danym okresie), zachorowalność/zapadalność (liczba nowych zachorowań na określoną chorobę w danym czasie), umieralność (liczba zgonów w danym

<sup>8</sup> A. PODGÓRECKI: *Charakterystyka nauk praktycznych*. Warszawa: PWN, 1962, s. 36–44 – podaję za: E. MAZURKIEWICZ: *Diagnostyka w pedagogice społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. I. LEPALCZYK, T. PILCH. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995, s. 52.

<sup>9</sup> B. SZATUR-JAWORSKA: *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2005, s. 13.

<sup>10</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 180.

<sup>11</sup> M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2010, s. 44.

<sup>12</sup> *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Oprac. Z. SŁOŃSKA, M. MI-SIUNA. Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1993, s. 61.

<sup>13</sup> Ibidem.

czasie) oraz śmiertelność (liczba zgonów z powodu określonej choroby)<sup>14</sup>. W ramach umieralności można obliczać współczynnik umieralności ogólnej, współczynnik umieralności specyficznej, współczynnik umieralności proporcjonalnej. Również w przypadku badania umieralności niemowląt stosuje się kilka rodzajów współczynników: ogólny współczynnik umieralności niemowląt, współczynnik wczesnej umieralności niemowląt, współczynnik późnej umieralności niemowląt, współczynnik umieralności okołoporodowej oraz współczynnik mar-two urodzonych. Wśród pozytywnych mierników zdrowia wymienia się przeciętną długość życia mężczyzn i kobiet, współczynnik płodności, przyrost naturalny, ale również – w wymiarze jednostkowym – wagę i wzrost przeciętne w poszczególnych kategoriach wiekowych, prawidłowość odżywiania, pojemność płuc, parametry krwi, stan uzę-bienia. Do osobniczych (jednostkowych) mierników ryzyka, będących miernikami narażenia zdrowia, zalicza się cechy genetyczne, psychiczne i oddziaływanie środowiska życia. W przypadku populacyj-nych (zbiorowych) mierników ryzyka mamy do czynienia z nieko-rzystnym działaniem czynnika/czynników na wybraną grupę osób; ustalenie miernika ryzyka umożliwia wyodrębnienie populacji grupy ryzyka, czyli osób narażonych na wystąpienie określonej zmiany<sup>15</sup>. Analiza mierników zdrowia pozwala na określenie stanu zdrowia po-pulacji<sup>16</sup> i umożliwia identyfikację problemów zdrowotnych, a także ewentualne ich rozwiązywanie w dłuższej perspektywie.

Jako kolejną należy przeprowadzić **diagnozę społeczną**. Dobór określonych wskaźników społecznych zależy od funkcji, jaką muszą

---

<sup>14</sup> A. KOZIERKIEWICZ: *Użyteczność mierników i wskaźników*. W: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. HRYNKIEWICZ. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2001, s. 20–23. Por. L. JABŁŃSKI: *Mierniki zdrowia*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola: Wydział Nauk Społecznych KUL, Filia w Stalowej Woli, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, 2000, s. 48–50; M. OKÓLSKI, A. FIHEL: *Demografia. Współczesne zjawiska i teo-rie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2012, s. 92.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 44–47.

<sup>16</sup> B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI: *Możliwości monitorowania stanu zdrowia ludności Polski – główne systemy informacyjne i podstawowe mierniki*. W: *Mierniki i wskaźniki...*, s. 57; por. A. KUROWSKA: *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Difin, 2011, s. 121.

one spełnić<sup>17</sup>. W przypadku projektowania programu z zakresu promocji zdrowia wskaźniki społeczne mogą pełnić liczne funkcje, przede wszystkim funkcję diagnostyczną, ale również ostrzegawczą, prognostyczną czy planistyczną<sup>18</sup>. Głównym zadaniem realizatorów projektu na tym etapie jest rozpoznanie wszystkich niekorzystnych zjawisk, które mają wpływ na stan zdrowia populacji. Zaliczyć do nich należy bezrobocie, przestępczość czy patologie, takie jak: przemoc, alkoholizm i narkomania.

Opisane mierniki (wskaźniki) określane są mianem wskaźników obiektywnych, ale ich rozpoznanie nie w pełni oddaje potencjał zdrowotny społeczności<sup>19</sup>. Warto rozpoznać również wskaźniki subiektywne, poznać opinie mieszkańców na temat ich poczucia zdrowia. W badaniach sondażowych stan zdrowia jednostek oceniany jest na podstawie ich samooceny stanu zdrowia, występowania stanów chorobowych lub chorób chronicznych i opisu zakresu sprawności<sup>20</sup>. Prowadzenie badań kwestionariuszowych mimo licznych zalet, takich jak niższy koszt czy łatwiejszy dostęp do potencjalnych odbiorców, ma również wady. Wśród nich można wymienić przede wszystkim możliwość zafałszowania wyników czy to z uwagi na chęć zaprezentowania się w jak najlepszym świetle, czy po prostu z powodu niewystarczającej wiedzy respondentów na temat własnego zdrowia<sup>21</sup>.

Z perspektywy planowania wdrożenia programu na potrzeby promocji zdrowia ważne jest przeprowadzenie **diagnozy behawioralnej**, obejmującej przede wszystkim zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne grupy objętej oddziaływaniem edukacyjnym<sup>22</sup>.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć również informacje na temat wskaźników z pogranicza obiektywnych i subiektywnych. Zalicza

---

<sup>17</sup> B. SZATUR-JAWORSKA: *Diagnozowanie w polityce społecznej...*, s. 52.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2008, s. 134.

<sup>20</sup> I. LASKOWSKA: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 35.

<sup>21</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 139.

<sup>22</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 180.

się do nich wieloaspektowe wskaźniki QALY, DALY i HALE<sup>23</sup>. Wysokość wskaźnika QALY (Quality Adjusted Life Years), obejmującego lata życia skorygowane z jakością, określana jest na podstawie opinii pacjentów na temat stanu zdrowia. Wartość wskaźnika to iloczyn przeciętnej długości życia oraz współczynnika lat jakościowego życia. Wskaźnik QALY należy pomnożyć przez koszty zastosowanej metody leczenia; umożliwia to porównywanie konkretnych metod interwencji promocyjnych. Wskaźniki QALY najczęściej oblicza się w grupie 1 000 pacjentów o wybranych cechach, zarówno demograficznych, jak i klinicznych<sup>24</sup>. Dzięki wskaźnikowi DALY (Disability Adjusted Life Years) możliwe jest natomiast poznanie przeciętnego trwania życia jednostki w zdrowiu i chorobie, a przede wszystkim zdobycie informacji o skutkach niesprawności i umieralności. Wskaźnik DALY przydaje się szczególnie przy określaniu najważniejszych zadań w zakresie zdrowia publicznego<sup>25</sup>. Ostatni ze wskaźników z pogranicza, używany także przez WHO, ukazuje szacunkową wartość oczekiwanej liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu i zakładany stan zdrowia populacji<sup>26</sup>.

Po postawieniu diagnozy należy przejść do sformułowania celu głównego i celów szczegółowych. Etap formułowania celu głównego powinien wynikać z wcześniejszego etapu diagnozy i uwzględniać efekt planowanych określonych działań. Cele szczegółowe wskazują natomiast kierunki działania, które umożliwią osiągnięcie celu głównego. Podczas formułowania celów szczegółowych można zastosować tzw. kryterium SMART; w skrócie tym:

- „S” oznacza „specyficzne” (należy precyzyjnie określać oczekiwane rezultaty, stosując takie określenia, jak: „zredukować”, „wyeliminować”, „zmodyfikować”, „zwiększyć”);
- „M” oznacza „mieralne” (możliwe jest określenie tego, co zamierzamy osiągnąć, czyli możliwe jest przeprowadzenie ewaluacji);

---

<sup>23</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 140.

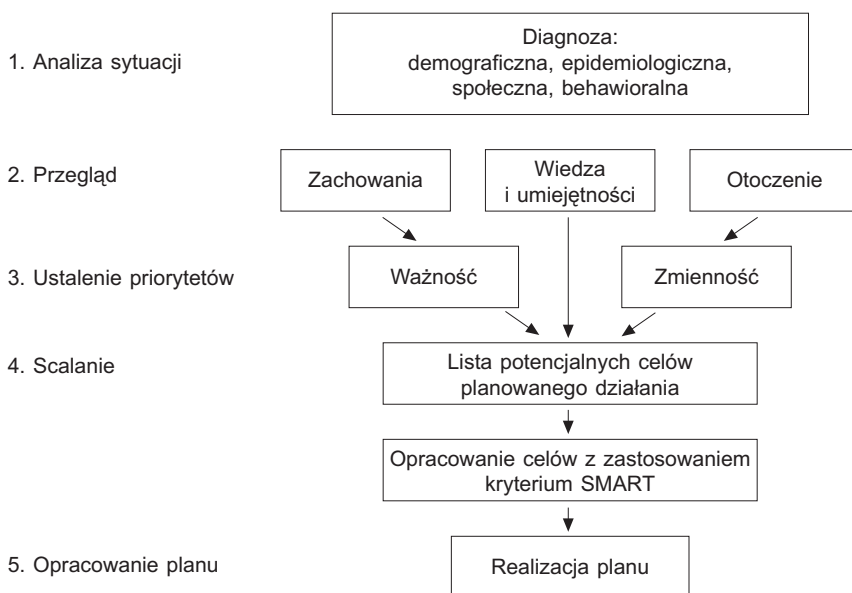
<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI: *Możliwości monitorowania stanu zdrowia ludności Polski...*, s. 64.

<sup>26</sup> Ibidem, s. 141.

- „A” oznacza „aprobowane” (wymaga się akceptacji celów przez osoby, do których program ten jest kierowany);
- „R” oznacza „realny” (już w punkcie wyjścia musi istnieć przekonanie, że przynajmniej w 50% cele zostaną zrealizowane);
- „T” oznacza „terminowe” (konieczne jest określenie czasu, w którym cel winien zostać osiągnięty)<sup>27</sup>.

Proces planowania programu można przedstawić w formie graficznej (rys. 2):



Rys. 2. Identyfikacja priorytetowych elementów, niezbędnych w procesie planowania

ŹRÓDŁO: A. SIMMONS et al.: *Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. 4, s. 316.

<sup>27</sup> SMART – „Specific”, „Measurable”, „Achievable”, „Relevant”, „Time-bound”: A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 180. Por. A. SIMMONS et al.: *Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. 4, s. 316; R. ROUND, B. MARSHALL, K. HORTON: *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne: Victorian Department of Human Services, 2005.

Po sformułowaniu celów programu należy dokonać jego charakterystyki, która powinna obejmować najważniejsze informacje na temat adresatów programu, zaplanowane do zastosowania metody pracy oraz zadania do wykonania.

Niezwykle ważną kwestią jest dobór odpowiednich metod pracy, które muszą wynikać z postawionych uprzednio celów. Jeżeli pomysłodawca programu chce przekazać jego odbiorcom określoną wiedzę na dany temat, to może uczynić to w formie wykładu, prelekcji czy przygotować teksty, plakaty i plansze. W sytuacji, gdy celem jest kształtowanie u uczestników programu określonych umiejętności, jego autor winien zastosować metody aktywizujące, bazujące na wykorzystaniu wiedzy i umiejętności uczestnika w sytuacji rzeczywistej lub zbliżonej do takiej. W literaturze przedmiotu metody aktywizujące nazywa się też aktywnymi, uczestniczącymi, skoncentrowanymi na uczącym się, heurystycznymi, poszukującymi, problemowymi, uczeniem się przez doświadczenie<sup>28</sup>. W metodach aktywizujących charakterystyczne jest przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia z uwzględnieniem emocjonalnego aspektu oraz stworzenie osobom uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania. Podmiotowość uczestników stanowi ważny element tych metod. Metody aktywizujące dają możliwość zaspokajania podstawowych braków w zakresie wiedzy i umiejętności wszystkich uczestników procesu uczenia. Każdy z uczestników ma możliwość wzięcia odpowiedzialności za formę, dobór treści oraz efekty kształcenia. Szczególnie ważnym atutem tych metod jest wielostronna komunikacja, oparta na informacji zwrotnej; w efekcie stosujący te metody mogą wywierać wpływ na decyzje podejmowane przez uczestników i modyfikować kontrakt zgodnie z aktualnym stanem potrzeb każdego z nich. W uczeniu tymi metodami odwołuje się do doświadczenia, nie tylko bieżącego, lecz także wcześniejszych doświadczeń życiowych. Osoba prowadząca pełni rolę koordynatora wspólnego planu działania<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 174.

<sup>29</sup> Ibidem, s. 174–176.



W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne klasyfikacje metod i technik aktywizujących. Anna Klimowicz<sup>30</sup> wymienia następujące metody: dyskusja, wchodzenie w rolę, analizowanie i rozwiązywanie problemów, uczenie się w małych zespołach, projekt, stacje zadaniowe, portfolio (teczka), wizualizacja. Jeżeli autor programu planowane działania zamierza koncentrować wokół zagadnień związanych z kształtowaniem postaw, wówczas odpowiednimi metodami mogą okazać się dyskusja, modelowanie czy odgrywanie ról przez uczestników<sup>31</sup>.

Dalszy etap przygotowania programu obejmuje szczegółowe opracowanie planu pracy. Plan powinien zostać sformułowany w sposób precyzyjny i na tyle szczegółowy, aby umożliwiał zaprojektowanie i przeprowadzenie ewaluacji. Ważnym elementem planu jest przygotowanie harmonogramu (w formie tabelarycznej), który powinien obejmować konkretne zadania wraz z efektami, które należy osiągnąć w ramach poszczególnych zadań częściowych, oraz wskazywać metody pracy, służące do ich osiągnięcia. Na tym etapie należy również dokonać identyfikacji zasobów, którymi dysponujemy, a zatem odpowiedzieć na pytania, kto będzie wykonawcą, jakie środki materialne są potrzebne i w jakim czasie zamierzamy zrealizować program. Ostatnim elementem harmonogramu powinno być precyzyjne określenie sposobów ewaluacji procesu i wyników programu<sup>32</sup>.

Na dalszym etapie należy zaplanować budżet programu, wyodrębniając środki, którymi się dysponuje, i te, które należy pozyskać, wraz ze wskazaniem potencjalnych źródeł finansowania<sup>33</sup> (lokalne środki budżetowe, sponsorzy biznesowi, organizacje, dotacje od osób prywat-

---

<sup>30</sup> A. KLIMOWICZ: *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*. W: *Poradnik edukatora*. Red. M. OWCHARZ. Warszawa: CODN, 2005, s. 192; E. BRZEZIŃSKA: *Aktywizujące metody nauczania*. W: *Aktywne metody nauczania w szkole wyższej*. Red. M. JAROSZEWSKA, D. EKIERT-OLDROYD. Poznań: Nakom, 2002, s. 43–46; M. WOYNAROWSKA-SOLDAN, B. WOYNAROWSKA: *Wybrane zagadnienia metodyki edukacji zdrowotnej*. W: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011, s. 28.

<sup>31</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 146.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 147. Por. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 180.

<sup>33</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 118.

nych itp.). W budżecie powinny być przewidziane środki finansowe na wynagrodzenie dla osób realizujących program, opłacenie wynajmu pomieszczeń oraz na środki dydaktyczne (powielanie materiałów, publikacje, sprzęt itp.).

Ewaluacja, istotny element wszystkich programów prozdrowotnych, umożliwia sprawdzenie przebiegu realizacji programu (ewaluacja procesu) i stopnia osiągnięcia założonych celów (ewaluacja wyników)<sup>34</sup>.

Samo pojęcie ewaluacji wywodzi się z języka angielskiego (*to evaluate*)<sup>35</sup> i oznacza „ustalenie wartości i ceny czegoś; ocenianie, oszacowanie”<sup>36</sup>, „określenie wartości czegoś”<sup>37</sup>. Można przyjąć zatem, że ewaluacja jest sposobem opisu końcowych wyników poddanych ocenie faktów (uwzględnia pozytywną i/lub negatywną analizę wyników) oraz szukaniem „wyjaśnienia związków między nakładami i końcowym rezultatem poprzez ich porównanie ze wstępnymi zamierzeniami”<sup>38</sup>.

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji ewaluacji, w których pojęcie to rozumiane jest na przykład jako „próba opisu wyników końcowych ocenianych faktów [...] czy zbieranie informacji o przebiegu i oddziaływaniu programu poprzez prezentowane postawy, wiedzę, zachowania”<sup>39</sup>. Na potrzeby promocji zdrowia najprzydatniejsze wydaje się ujęcie ewaluacji jako „szacowania zalet lub wartości bądź też działalności składającej się z opisu oraz oceny umożliwiającej formułowanie rzetelnych uogólnień określających złożoność rzeczywistości”<sup>40</sup>.

<sup>34</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 147.

<sup>35</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 147.

<sup>36</sup> *Słownik języka polskiego*. Red. M. SZYMCAK. T. 1. Warszawa: PWN, 1978, s. 562.

<sup>37</sup> *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*. Red. J. BRALCZYK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 171.

<sup>38</sup> H. RADNOR: *Ewaluacja*. Warszawa: Hennock Road, 1990, s. 9.

<sup>39</sup> V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 148. Por. M. DOORIS: *Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness*. „Health Promotion International” 2006, vol. 21 no. 1, s. 57; I. ROOTMAN et al.: *A framework for health promotion evaluation*. In: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Eds. I. ROOTMAN et al. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, s. 26.

<sup>40</sup> Cyt. za: V. KORPOROWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 148.

Ewaluacja może być skutecznie wykorzystywana na każdym etapie tworzenia i wdrażania projektu (w trakcie conceptualizacji pomysłów, realizacji programu, ale również w fazie oceny całości zrealizowanego programu)<sup>41</sup>. W zależności od celów i etapów, na jakich znajduje się realizowany program, wyróżnia się kilka typów ewaluacji. Mówimy o ewaluacji procesu, ewaluacji formatywnej oraz konkluzywnej<sup>42</sup>. Przedmiotem ewaluacji procesu jest sam proces wdrażania projektu, obejmujący wszystkie działania mające związek z jego realizacją, a dotyczące zarówno twórców, wykonawców, jak i odbiorców. W ramach ewaluacji procesu można:

- przeprowadzić ocenę formalnej strony projektu (terminy i liczba spotkań, frekwencja, miejsce spotkań, zastosowanie materiałów dydaktycznych itp.);
- dokonać charakterystyki odbiorców (analiza danych socjodemograficznych, charakterystyka psychologiczna itp.);
- dokonać charakterystyki realizatorów (liczba, wykształcenie, płeć, doświadczenie, predyspozycje itp.)<sup>43</sup>.

Ewaluacja formatywna obejmuje ocenę programu w celu jego optymalizacji i również może być stosowana na etapie opracowywania oraz wdrażania programu, dlatego też często w literaturze przedmiotu terminy „ewaluacja procesu” i „ewaluacja formatywna” stosuje się zamiennie<sup>44</sup>. Zdaniem Barbary Woynarowskiej, celem ewaluacji procesu (formatywnej) jest obserwowanie, monitorowanie przebiegu realizacji programu, aby możliwe było wprowadzenie odpowiednich korekt lub modyfikacji. Tego rodzaju ewaluacji dokonuje się na każdym etapie re-

---

<sup>41</sup> M.J. SOCHOCKI: *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*. „Trzeci Sektor” 2006, nr 7, s. 90.

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> K. OKULICZ-KOZARYN, A. BORUCKA: *Opracowywanie i ewaluacja programów promocji zdrowia psychicznego na przykładzie programu wczesnej profilaktyki alkoholowej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2000, nr 4, suplement 1: *Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i praktyka* [red. A. SITO, M. BERKOWSKA], s. 181.

<sup>44</sup> B. WOYNAROWSKA: *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, nr 90 (3), s. 296.

alizacji programu. Ewaluacja formatywna jest szczególnie ważna w sytuacji, gdy:

- program obejmuje wiele aspektów zdrowia populacji i dotyczy dużej liczby odbiorców;
- czas realizacji programu jest na tyle krótki, że zmiany w zachowaniach i stanie zdrowia odbiorców nie następują natychmiast, a wymagają dłuższego okresu oczekiwania;
- wyniki zrealizowanego programu nie są możliwe do zmierzenia na przykład w kontekście poszczególnych umiejętności życiowych uczestników<sup>45</sup>.

Ewaluacja na tym poziomie nie jest kosztowna i stwarza wiele możliwości współdziałania uczestników oraz realizatorów.

Dokonujący ewaluacji konkluzywnej (ewaluacji wyników, sumatywnej) koncentruje się na ocenie skuteczności i jakości działań podejmowanych w programie<sup>46</sup>. Zbadanie stopnia realizacji zaprojektowanych działań oraz osiągnięcia założonych w fazie koncepcyjnej celów stanowi główne zadanie tego rodzaju ewaluacji<sup>47</sup>. Ewaluację wyników prowadzi się po zakończeniu poszczególnych etapów programu, bezpośrednio po zakończeniu całego programu oraz po upływie określonego czasu (mówimy wtedy o ewaluacji odroczonej)<sup>48</sup>. W literaturze przedmiotu używane jest również określenie „ewaluacja wpływu”, które odnosi się do oceny efektów ogólnych programu, dotyczących nie tylko samych jego uczestników, lecz także osób niebiorących udziału w programie<sup>49</sup>.

Badania ewaluacyjne programów prowadzone są metodami ilościowymi i jakościowymi. Do najczęściej stosowanych metod na etapie ewaluacji procesu zalicza się:

- analizę danych (liczba uczestników, okres trwania programu, aspekty związane z organizacją);

<sup>45</sup> Ibidem, s. 196.

<sup>46</sup> M.J. SOCHOCKI: *Ewaluacja jako dyskurs...*, s. 91.

<sup>47</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 150.

<sup>48</sup> B. WOYNAROWSKA: *Planowanie programów edukacji zdrowotnej...*, s. 296.

<sup>49</sup> A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BAŃASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 181.

- obserwację zachowań uczestników w trakcie spotkań (aktywność, indywidualne inicjatywy, zainteresowanie itp.);
- samoocenę (autoewaluację) – dokonaną przez prowadzącego, a obejmującą refleksję na temat pozytywnych i negatywnych aspektów wykonywanej przez prowadzącego pracy;
- zebranie informacji zwrotnych w postaci opinii uczestników na temat poszczególnych spotkań<sup>50</sup>.

W zależności od celów, jakie przyświecały programowi, dokonuje się wyboru odpowiednich metod oceny stopnia zmian, jakie nastąpiły po realizacji programu. Na etapie ewaluacji wyników najczęściej stosuje się:

- testy sprawdzające przyrost stanu wiedzy (pretest i posttest);
- kwestionariusze ankiety i wywiadu, w celu poznania opinii uczestników na temat zmiany postaw uczestników;
- obserwację zmian zachowań uczestników;
- samoocenę uczestników dotyczącą modyfikacji ich poglądów i zachowań po zakończeniu uczestnictwa w programie;
- zdobywanie informacji pochodzących od innych osób, najczęściej z najbliższego otoczenia uczestników, a obejmujących opinie na temat zmiany funkcjonowania uczestników po zakończeniu programu<sup>51</sup>.

Ostatnim etapem planowania programu jest sformułowanie informacji o osobach i instytucjach współpracujących lub zaplanowanych do współpracy w ramach realizacji programu. Informacje te powinny uwzględniać dane personalne osób chętnych do współpracy, możliwości komunikowania się z nimi oraz zakres zadań, które osoby te zamierzają zrealizować. Szczegółowe opracowanie tych informacji pozwoli na sprawne komunikowanie się wszystkich osób zaangażowanych w planowanie i realizację programu.

Programy opracowywane na potrzeby promocji zdrowia powinny mieć strukturę modułową, która niewątpliwie sprzyja tworzeniu elastycznych rozwiązań i odpowiedniemu reagowaniu na zachodzące w trakcie realizacji programu zmiany. Ponadto program powinien być

---

<sup>50</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 151–152.

<sup>51</sup> Ibidem, s. 153.

przede wszystkim dostosowany do potrzeb zdrowotnych populacji, ale również do możliwości organizacyjnych lokalnego systemu ochrony zdrowia. Skuteczność programu zależy od jego precyzyjnego przygotowania organizacyjnego, odpowiedniej i długofalowej realizacji<sup>52</sup>.

Najczęściej popełniane błędy w fazie planowania programów to:

- nieprecyzyjne określenie celów;
- nieodpowiedni dobór metod oddziaływania, niedostosowany do wcześniej założonych celów;
- nieuwzględnianie poziomu wiedzy uczestników, skutkujące doбором zbyt trudnych lub zbyt łatwych dla odbiorców treści;
- koncentrowanie się jedynie na czynnikach ryzyka i pominięcie czynników chroniących, także nieuwzględnianie konieczności kształtowania umiejętności uczestników, które znacznie mogą zwiększyć skuteczność programu;
- nadmierne stosowanie metod podających, ograniczających się do przekazu informacji;
- niewypracowanie narzędzi ewaluacji.

W fazie realizacji programu należy unikać przede wszystkim takich oto błędów:

- realizacja programu bez przeprowadzenia diagnozy populacji, do której program jest adresowany;
- nieodpowiedni dobór osób realizujących program<sup>53</sup>.

Realizacja programu i jego ewaluacja powinny sprzyjać przede wszystkim zmianie związanych ze zdrowiem zachowań uczestników, a w konsekwencji prowadzić do zmian w populacji w zakresie chorobowości i śmiertelności<sup>54</sup>. Sukces programów o zasięgu lokalnym zależy bezpośrednio od osobistego zaangażowania i ogromnego wkładu pracy wszystkich uczestników. „Wspólne podejmowanie decyzji angażuje daną populację od początku procesu projektowego, zapewniając

<sup>52</sup> D. GODLEWSKI, J. MICHALAK, T. SCHREIBER: *Projektowanie badań przesiewowych w onkologii*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2005, nr 86 (1), s. 17, 20.

<sup>53</sup> Podają za: A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia...*, s. 181–182. Por. Z.B. GAŚ: *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej, 1998.

<sup>54</sup> J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia...*, s. 108.

użytkownikom bezpośrednio i aktywne uczestnictwo”<sup>55</sup>. Dlatego ważne, by pobudzać, aktywizować i wspierać lokalne środowisko, motywować do współdziałania nie tylko działaczy samorządowych czy pracowników administracyjnych, lecz także mieszkańców. Jednoczenie wysiłków całej lokalnej społeczności będzie niewątpliwie sprzyjało poprawie jej stanu zdrowia<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> A. BAŃKA: *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2002, s. 357.

<sup>56</sup> J. SOBÓTKA et al.: *Rozwiązywanie Problemów dla Poprawy Zdrowia – programy promocji zdrowia realizowane w Polsce we współpracy z Dreyfus Health Foundation*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, nr 92 (4), s. 995. Por. A. ROSIŃSKA: *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany*. W: *Psychologia zdrowia. Konteksty i pogranicza*. Red. M. GÓRNIK-DUROSE, J. MATEUSIAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011, s. 84.

## Perspektywa lokalna w promocji zdrowia

W literaturze przedmiotu przenikają się dwa pojęcia, często zamieniając się używane, a mianowicie „społeczność lokalna” i „środowisko lokalne”, choć to drugie ma szerszy kontekst i odnosi się do środowiska, w którym funkcjonuje określona społeczność lokalna.

Hasło „społeczność lokalna” jest terminem kluczowym, a zarazem uznanym za kontrowersyjny w literaturze socjologicznej czy pedagogicznej. Koncepcja społeczności lokalnej wywodzi się z dwóch nurtów myśli socjologicznej<sup>1</sup>.

W pierwszym nurcie istotne jest terytorium, na którym organizuje się życie społeczne. Przedstawicielami tego nurtu są między innymi Robert Ezra Park, Ernest Burgess, Robert McKenzie. Społeczność lokalna oznacza w tym nurcie „grupę ludzi żyjących na określonej przestrzeni, na której istnieje zestaw instytucji zaspokajających podstawowe indywidualne i społeczne potrzeby bez konieczności nadmiernych ograniczeń, oraz taki układ stosunków społecznych, iż między członkami wytwarza się więź i poczucie pewnej identyfikacji z grupą i miejscowością”<sup>2</sup>. Andrzej Radziejewicz-Winnicki za społeczność lokalną uważa „zbiorowość zamieszkującą pewne wspólne terytorium (środowisko lokalne, określoną przestrzeń własnej egzystencji), czyli skupi-

---

<sup>1</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Modernizacja środowisk lokalnych w świetle zmiany społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MARYNOWICZ-HETKA. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 416.

<sup>2</sup> Cyt. za: E. GÓRNIKOWSKA-ZWOLAK: *Przeobrażenia środowisk lokalnych*. W: *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Red. A. RADZIEWICZ-WINNICKI. Katowice: ZSPM-Press, 1992, s. 301.



ska osób relatywnie samowystarczalnych, wśród których można zaobserwować trwały system więzi i interakcji społecznych, a także określony interes społeczny wynikający z zagospodarowania i użytkowania określonego terytorium”<sup>3</sup>.

Charakterystyczne cechy społeczności lokalnej to:

- zajmowanie przez nią określonej przestrzeni;
- określony zamieszkujący tę przestrzeń zbiór ludności;
- właściwe społeczności dziedzictwo historyczne powstałego dorobku materialnego i kulturalnego;
- udział członków społeczności w życiu zbiorowym;
- świadomość tworzenia lokalnej jednostki;
- zdolność do zbiorowego działania<sup>4</sup>.

Wyróżnikiem społeczności lokalnej jest również intensywność więzi społecznych przejawiająca się – zdaniem Bohdana Jałowieckiego – w miejscu zamieszkania (więź społeczna charakteryzuje samorządną społeczność). Każdy układ społeczny może być więc zarówno zbiorowością, jak i społecznością, decyduje o tym zakres i intensywność więzi społecznych przejawiających się w miejscu zamieszkania<sup>5</sup>.

Termin „społeczność lokalna” funkcjonuje również w znaczeniu bardziej ogólnym. Szerszy zakres pojęcia „społeczność lokalna” obejmuje wszelkie samoistne zbiorowości lokalne bez względu na ich wielkość czy rodzaj przeważającej w nich więzi społecznej, a więc zarówno wsie i miasteczka, jak i miasta średnie czy ponadmilionowe metropolie<sup>6</sup>. Takie ujęcie społeczności lokalnej wydaje się zasadne, gdyż „w warunkach społeczeństwa industrialnego, jak również postindu-

<sup>3</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Modernizacja środowisk lokalnych...*, s. 416–417.

<sup>4</sup> R. DYONIZIAK et al.: *Społeczeństwo w procesie zmian. Zarys socjologii ogólnej*. Wyd. 3. rozszerzone i uzupełnione. Kraków–Szczecin–Zielona Góra: Zachodnie Centrum Organizacji, 1997, s. 78.

<sup>5</sup> D. MARKOWSKI: *Endogenne i egzogenne czynniki rozwoju środowiska lokalnego*. W: *Społeczne aspekty transformacji ustrojowej*. Red. M. MALIKOWSKI. Rzeszów: Wydawnictwo WSP, 1997, s. 22. Por. B. JAŁOWIECKI, M.S. SZCZEPAŃSKI: *Rozwój lokalny i regionalny w perspektywie socjologicznej*. Tychy: Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, 2002, s. 17–18.

<sup>6</sup> S. KOWALSKI: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa: PWN, 1974, s. 77–78.

strialnego wspólnoty lokalne w klasycznej postaci występują raczej reliktowo”<sup>7</sup>.

W przytoczonych definicjach społeczności lokalnej więzi społeczne rozpatrywane są w kontekście miejsca czy terytorium jako naczelną zasadę organizującą życie społeczne<sup>8</sup>.

Istnieje jeszcze druga orientacja, w której nieco odmiennie interpretuje się pojęcie społeczności lokalnej. Reprezentanci tej orientacji (Emile Durkheim, Georg Simmel, Ferdinand Tönnies) odwołują się do szczególnego poczucia wspólnoty łączącego i integrującego pewne społeczności, niekoniecznie zamieszkujące na określonym terytorium, dla których charakterystyczna jest więź emocjonalna oraz harmonia społeczna, wyrażające się przeżywaniem i podzielaniem tych samych symboli, respektowaniem zasad wzajemnego porozumienia i kooperacji itp.)<sup>9</sup>.

Warto nadmienić, że cywilizacja przemysłowa i trwające procesy ekonomiczne powodujące koncentrację przestrzenną dóbr i ludzi spowodowały, iż współcześnie można mówić o liczniejszych społecznościach lokalnych, mimo wzrastającej anonimowości w tych układach terytorialnych. Istotne jest również to, iż w procesach przekształceń cywilizacyjnych zmniejsza się zakres związków między ludźmi, które wywodzą się bezpośrednio z bliskości przestrzennej<sup>10</sup>.

Zdaniem Wiesława Theissa, środowisko lokalne oznacza „społeczność, która żyje na niewielkiej przestrzeni (od małej wsi, po region geograficzny), a jej członkowie są skupieni wokół aprobowanych wartości, celów czy interesów. Tym, co wspólne i co łączy członków społeczności lokalnej, są m.in.: kultura i jej dziedzictwo (tradycja, tożsamość, przynależność, lojalność wobec miejscowości czy terenu), for-

<sup>7</sup> Cyt. za: R. DYONIZIAK et al.: *Społeczeństwo w procesie zmian...*, s. 66.

<sup>8</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Społeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk: GWP, 2004, s. 100.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 99–100. Por. A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Modernizacja środowisk lokalnych...*, s. 416. Por. A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008, s. 411.

<sup>10</sup> R. DYONIZIAK et al.: *Społeczeństwo w procesie zmian...*, s. 66. Por. W. AMBROZIAK: *Wychowawcze funkcjonowanie średniego miasta uprzemysłowionego*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1991, s. 42.

my życia społecznego (sąsiedztwo, solidarność miejscowa, patriotyzm lokalny, wspólna biografia), miejscowe środowisko naturalne (przyroda, warunki geograficzne, krajobraz)”<sup>11</sup>. W takim sposobie definiowania środowiska lokalnego pominięty został wymiar instytucjonalny (Kościół, szkoła, instytucje usługowe, ale również obyczajowość, normy moralne czy wzory zachowań)<sup>12</sup>.

Obecnie mówi się o kryzysie społeczności lokalnej/środowiska lokalnego, jako wyniku zmian zachodzących w społeczeństwie. Rozważania socjologiczne na ten temat prowadzone są w obrębie czterech teorii: teorii społeczeństwa masowego, teorii „zaciemnienia”, teorii społeczności bezlokalnych i teorii transformacji<sup>13</sup>. W teorii społeczności bezlokalnych i teorii transformacji lansuje się pogląd, że środowisko lokalne jest jednym z najważniejszych środowisk dla rozwoju społecznego i przyczynia się do rozwoju kulturalnego, ekonomicznego, administracyjnego i politycznego społeczności, chociaż coraz częściej obserwuje się zacieranie różnic pomiędzy różnymi poszczególnymi typami społeczności lokalnych, na przykład miasta i wsi. Kierunek zmian przebiega od typu wiejskiego – do miejskiego, od organizacji opartej na pokrewieństwie – do organizacji społecznej opartej na technologii. Ta transpozycja nie sprzyja zacieśnianiu relacji międzyludzkich, a to one uważane są za rdzeń społeczności lokalnych i decydują o ich charakterze i kierunku zmian<sup>14</sup>.

Dynamika kształtowania się relacji jednostki z otoczeniem może mieć heterogeniczne podłoże: aksjologiczne, osobowościowe, ekono-

---

<sup>11</sup> Cyt. za: M. WINIARSKI: *Edukacja w środowisku lokalnym*. W: *Wielowymiarowość przestrzeni i środowisk wychowawczych*. Red. W. THEISS, M. WINIARSKI. Warszawa: „Pedagogium” – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, 2011, s. 23.

<sup>12</sup> T. PILCH: *Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. T. PILCH, I. LEPALCZYK. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995, s. 156.

<sup>13</sup> H. GUZY-STEINKE: *Relacje rodzinne w środowisku lokalnym*. W: *O przestrzeni edukacyjnej. Chaos – żywioły – ład. Parerga*. Red. K. WOJNOWSKI, M. MARCINKOWSKI. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009, s. 254.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 254–255.

miczne czy społeczne<sup>15</sup>. Dbałość o zdrowie wpisuje się w każde z wymienionych uwarunkowań.

Współczesna promocja zdrowia tworzy warunki do aktywności jednostek i grup społecznych w siedliskach<sup>16</sup>. Za siedliska uznaje się obszary, które obejmują rodzaj/część środowiska ważnego dla danej grupy w populacji<sup>17</sup> (dom, praca, szkoła, środowisko lokalne), a dokładnie „miejsce, w którym ludzie korzystają i kształtują środowisko oraz gdzie tworzą lub rozwiązują problemy związane ze zdrowiem”<sup>18</sup>. Aktualnie toczy się spór na temat rozmiarów i typów siedlisk. Obok domu, pracy, szkoły do siedlisk zalicza się również miasta, regiony czy wyspy<sup>19</sup>.

Z uwagi na fakt, iż obecnie jedynie model kompleksowy/strukturalny stanowi preferowany sposób postrzegania promocji zdrowia w koncepcji siedliska, tylko on zostanie poddany w niniejszej publikacji głębszej analizie (zob. tabela 1). W modelu tym ważnym aspektem jest prowadzenie działań zmierzających do opracowania polityki zdrowotnej i wprowadzania zmian strukturalnych. Tworzenie zdrowych środowisk wymaga budowania społecznej polityki zdrowotnej poprzez wdrażanie czterech podstawowych zasad promocji zdrowia: „tworzenie potencjału zdrowotnego (*creating health*), zaangażowanie społeczności (*community engagement*), budowanie aliansów (*building alliances*) i ochrona dokonanych już inwestycji w zdrowie (*securing investments*)”<sup>20</sup>. Aby za-

<sup>15</sup> D. JANKOWSKI: *Dylematy identyfikacji, uczestnictwa i dystansu w przestrzeni społeczno-kulturowej*. W: *O przestrzeni edukacyjnej...*, s. 49.

<sup>16</sup> E. SYREK: *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008, s. 215.

<sup>17</sup> A. BRZEZIŃSKA: *Promocja zdrowia a rozwój organizacji: podejście systemowe w promocji zdrowia*. Opracowanie i tłumaczenie na podstawie R. GROSSMAN, K. SCALA: *Health promotion and organizational development*. Vienna 1993. Pozyskano z: <http://www.staff.amu.edu.pl/~psiwr/wp-content/uploads/2012/12/5-Grossman-i-Scala-rodzia%c5%82y-1-8.pdf> (27.03.2013).

<sup>18</sup> B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 133.

<sup>19</sup> M. DOORIS: *Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness*. „Health Promotion International” 2006, vol. 21, no. 1, s. 59.

<sup>20</sup> J.B. KARSKI: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2008, s. 62.

TABELA I

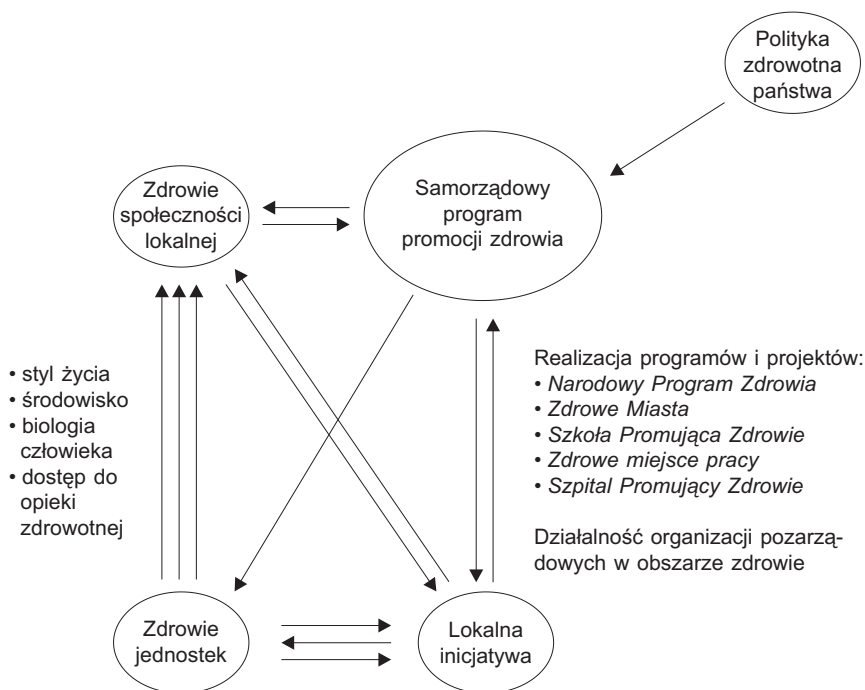
## Pięć modeli promocji zdrowia opartych na koncepcji siedliska

Model	Sedno analizy/uwarunkowania problemu i rozwiązań	Związek między promocją zdrowia a środowiskiem/siedliskiem	Działania praktyczne	Przykładowe dyscypliny mające udział w realizacji celu	Wskaźniki
Pasywny	problem i rozwiązanie są uwarunkowane zachowaniami i działaniami jednostek	środowisko pasywne, zapewniające jedynie dostęp do uczestników i ośrodka w celu realizacji interwencji; promocja zdrowia ma miejsce w siedlisku niezależnie od jego cech	mass media i komunikacja, edukacja indywidualna	edukacja/tradycyjna psychologia	tradycyjne, wskaźniki indywidualne (wiedza, zachowanie, podejście)
Aktywny	problem wynika z zachowania jednostek, część rozwiązania zależy od siedliska	środowisko dostarcza aktywnych i kompleksowych zasobów do pełnego realizowania celów promocji zdrowia; w promocji zdrowia korzysta się z zasobów siedliska	mass media, komunikacja indywidualna, bezpłatna praca nad oparciem polityki (zasad) i zmiany strukturalnych w powiązaniu z określonymi tematami	edukacja początkowa, tradycyjna psychologia, nauki polityczne, nauka o organizacji, analiza polityki (zasad)	tradycyjne wskaźniki jako wynik końcowy plus ocena procesu czynników o szerszym zakresie, mających wpływ na siedlisko
„Narzędziowy”	problem leży w siedlisku, rozwiązanie uwarunkowane jest procesem uczenia się w projektach jednostek	inicjatywy z zakresu promocji zdrowia dostarczają odpowiednich sposobów do podkreślenia potrzeby bardziej zaawansowania	koncentracja na opracowaniu polityki i wdrażanie zmian strukturalnych przy wsparciu działań mass me-	nauki polityczne i nauka o organizacji; uzupełniająco: edukacja/tradycyjna psychologia	połączenie wskaźników projektowych i kontekstowych (główne zainteresowanie interakcją i związkami pomie-

		nego rozwoju siedliska; promocję zdrowia pojmując się jako narzędzie do wprowadzania zmian	diów i komunikacji, jak i edukacji indywidualnej		dzy projektami pojedynczymi a rozwojem w szerszym zakresie)
„Organiczny”	problem leży w siedlisku, rozwiązanie można znaleźć dzięki działaniom jednostek	procesy „organiczne” w siedlisku, obejmujące komunikację i uczestnictwo, są właściwie i nierozdzielnie powiązane ze zdrowiem, więc jednocześnie „promują zdrowie”	ulatanianie i umacnianie działań wspólnych/działań społeczności	sociologia, antropologia, zasady rozwoju społecznego	„organiczne” wskaźniki środowiska (na przykład poziom komunikacji i uczestnictwa, stopień rozwoju kadr)
Kompleksowy/strukturalny	problem i rozwiązania nie leżą w środowisku	szerokie struktury i cechy kulturowe siedliska są nierozdzielnie powiązane ze zdrowiem, więc jednocześnie „promują zdrowie”; promocja zdrowia stanowi główny komponent kompleksowego rozwoju siedliska	zogniskowane wokół opracowania polityki i wprowadzania zmian strukturalnych	nauki polityczne, nauki o organizacji, analiza polityki (zasad)	ogólne, dotyczące siedliska jako całości wskaźniki rozwoju (na przykład wpływ polityki i środowiska)

Źródło: S. WHITELAW et al.: „Settings” based health promotion: a review. „Health Promotion International” 2001, vol. 16, no. 4, s. 346.

implementować zdrowotną politykę społeczną na poziomie lokalnym, konieczna jest współpraca lokalnych polityków (lokalnych polityk) ze społecznością lokalną (poziom funkcjonowania społeczności lokalnej, jej styl życia, środowisko lokalne w wymiarze społecznym, ekonomicznym i fizycznym). Współpraca ta winna obejmować wielokierunkowe działania, uwzględniające wzajemne zależności lokalnych władz i społeczności. Charakter tej współpracy obrazuje rys. 3.



Rys. 3. Schemat tworzenia zdrowych środowisk lokalnych

ŹRÓDŁO: opracowanie własne.

Dopiero współpraca samorządu z mieszkańcami umożliwia planowanie i przewidywanie wyników na trzech poziomach:

1. Wyniki odnoszą się do grupy wspólnego planowania, która z użyciem metod planowania podejmuje działania zwiększające partycypację społeczności lokalnej w grupie planowania.

2. Wyniki odnoszą się do tworzenia agendy promocji zdrowia, sieci problemowych, społecznej polityki zdrowotnej oraz inwestowania na rzecz promocji zdrowia.

3. Wyniki dotyczą wzorców zachowań (na przykład aktywny styl życia), uczestnictwa społeczności lokalnej, sieci społecznych oraz infrastruktury sprzyjającej pozyskiwaniu zdrowia<sup>21</sup>.

Od 1999 roku, od kiedy obowiązuje nowy podział administracyjny Polski, poszczególnym jednostkom terytorialnym powierzane są określone zadania. Do zadań gminy należy między innymi ochrona zdrowia, wspieranie i upowszechnianie idei samorządowej, w tym tworzenie warunków do działania i rozwoju jednostek pomocniczych i wdrażania programów pobudzania aktywności obywatelskiej, a także prowadzenie polityki prorodzinnej, w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej<sup>22</sup>. Część zadań wymienionych w *Ustawie o samorządzie gminnym* w pewnym stopniu wiąże się z problematyką zdrowia, zadania te odnoszą się przede wszystkim do uwarunkowań zdrowia. „Gmina również może wykonywać zadania zlecone z zakresu administracji rządowej, a zadania powierzone – na mocy indywidualnie podpisanego porozumienia z właściwą jednostką samorządu terytorialnego lub właściwym organem administracji rządowej”<sup>23</sup>. Ponadto gmina, działając na podstawie określonych ustaw, zobowiązana jest do podejmowania działań w zakresie na przykład zwalczania chorób zakaźnych, wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych czy zapobiegania narkomanii.

Powiat, jako jednostka pośrednicząca między gminą a województwem, wykonuje zadania o charakterze „ponadgminnym”, między innymi w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 4. *Ustawy o samo-*

---

<sup>21</sup> Ibidem, s. 63.

<sup>22</sup> *Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym*. Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1591. Pozyskano z: <http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-8-marca-1990-r-o-samorządzie-terytorialnym/> (1.04.2012).

<sup>23</sup> J.B. KARSKI: *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*. Wyd. 2. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2009, s. 39.



rzędzie powiatowym)<sup>24</sup>. Do zadań władz wojewódzkich należy określenie strategii rozwoju; działanie to ma charakter regionalny<sup>25</sup>.

Reforma administracji terenowej z 1999 roku oraz nowe prawo będące wynikiem akcesji Polski do Unii Europejskiej nadały każdemu szczeblowi administracji samorządowej określone kompetencje w prowadzeniu polityki prozdrowotnej<sup>26</sup>. Doświadczenia związane z realizacją tych zadań bywają rozmaite, nie zawsze dokonywana jest rzetelna ocena; konkretne zadania podyktowane są raczej względami ekonomicznymi bądź stanowią wypełnienie ogólnie narzuconych zaleceń do realizacji. Centrum Badań Opinii Społecznej przeprowadziło badania z wójtami/burmistrzami 14 gmin na temat stopnia realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Okazało się, że wydatki na cele zdrowotne nie przekraczają 1% budżetu<sup>27</sup> (przy założeniu, że gmina nie ma na utrzymaniu jednostek organizacyjnych służby zdrowia). Nie wielkie nakłady finansowe na promocję zdrowia respondenci tłumaczyły tym, iż ochrona i promocja zdrowia nie są zadaniami priorytetowymi gminy, a zdrowie odgrywa na terytorium gminy drugorzędną rolę. Badani widzą raczej konieczność finansowania działań przez takie instytucje, jak Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia. Z badań wynika również, że część samorządowców wykazuje tendencję do powtarzania każdego roku tych samych działań, i to ograniczonych do programów z zakresu profilaktyki przeciwalkoholowej. Przyczyny takiego stanu upatruje się przede wszystkim w przeświadczeniu

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1592. Pozyskano z: <http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-powiatowym/?q=powiat> (11.04.2012).

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590. Pozyskano z: [http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-wojewodztwa/?q=ustawa o sam](http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-wojewodztwa/?q=ustawa%20o%20sam) (11.04. 2012). Por. J.B. KARSKI: *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego...*, s. 41.

<sup>26</sup> K. KAKAREKO: *Europejskie normatywne determinanty polityki zdrowotnej i próby ich realizacji w polskim systemie prawnym*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010, s. 176–177.

<sup>27</sup> *Realizacja zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Prezentacja wyników badań realizowanych w wybranych gminach*. Warszawa 2010. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=0243> (11.04.2012).

badanych, że promocja zdrowia nie należy do zadań gminy, ale również w braku współpracy pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu oraz braku kompetencyjności i odpowiedzialności za sprawy zdrowotne. Badania dowodzą, że mieszkańcy w sposób niewystarczający interesują się kwestiami zdrowia, koncentrują się głównie na leczeniu, bagatelizując profilaktykę czy promocję zdrowia; gdyby społeczność lokalna wykazała większe zainteresowanie problematyką promocji zdrowia, samorządowcy z pewnością podjęliby więcej inicjatyw w tym zakresie. Co ciekawe, również ocena sytuacji zdrowotnej mieszkańców jest w znacznej mierze niewystarczająca; badani wykazują w tej kwestii daleko idącą ignorancję. Podobnie jak w kwestii *Narodowego Programu Zdrowia* – tylko 3 wójtów/burmistrzów z grupy podstawowej (11 gmin) posiadało wiedzę na temat NPZ<sup>28</sup>. Wyłaniający się z przytoczonych badań obraz promocji zdrowia na poziomie lokalnym powinien bulwersować nie tylko osoby zajmujące się omawianą tematyką, lecz także przeciętnego Polaka.

Każdego roku (od roku 2007) Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego zwraca się z prośbą do urzędów gmin, urzędów miast oraz starostw powiatowych o wypełnienie druków sprawozdawczych, dotyczących stopnia realizacji *Narodowego Programu Zdrowia* właśnie przez jednostki samorządowe. Zgodnie z założeniami *Narodowego Programu Zdrowia*, gmina i powiat, stanowiące wspólnoty mieszkańców, powinny być w stanie odpowiednio identyfikować lokalne problemy zdrowotne, przede wszystkim ze względu na niewielką liczbę mieszkańców oraz dobrą znajomość lokalnej specyfiki, zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej<sup>29</sup>; działania te pokrywają się z założeniami idei promocji zdrowia.

W materiale uzyskanym przez Wydział Nadzoru wskazane są jedynie deklarowane przez urzędników działania w ramach realizacji celu nr 12 NPZ, jakim jest „aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa”<sup>30</sup>. Istnie-

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, s. 47. Pozyskano z: [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (15.01.2013).

<sup>30</sup> Ibidem.

je zatem obawa, że dane mają charakter szacunkowy (szczególnie za rok 2007), sądzę jednak, że umożliwiają przynajmniej wstępny ogłód zaangażowania samorządów w kwestie związane z aktywizacją jednostek samorządowych na terenie województwa śląskiego. Dane dotyczące opracowania i wdrażania regionalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia przez jednostki samorządowe w latach 2007–2011 zaprezentowane zostały w tabelach 2–5.

TABELA 2

Realizacja celu operacyjnego nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia* (wybrane elementy) przez urzędy miast na terenie województwa śląskiego (2007–2011)

Urząd miasta	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6
Bielsko-Biała	O/W	O/W	O/W	O/W	O/W
Błachownia					
Brenna					
Bytom					
Chorzów					
Cieszyn				W	O
Czechowice-Dziedzice					
Czeladź				O/W	O/W
Częstochowa					O/W
Dąbrowa Górnicza			W		
Gliwice	O/W	W	W	W	O
Imielin			O/W	O/W	O/W
Jastrzębie-Zdrój	O/W		O	W	
Jaworzno				O/W	O/W
Katowice	O/W	O/W	O/W		
Kłobuck				W	
Lubliniec					
Łazy					
Miasteczko Śląskie					
Mikołów					
Mysłowice			O		
Piekary Śląskie					
Poręba					
Pszów					

cd. tab. 2

1	2	3	4	5	6
Pszczyna					
Pyskowice					
Radzionków					
Ruda Śląska			O/W		O
Rybnik					
Rydułtowy					
Siemianowice Śląskie	W				
Skoczów					
Sosnowiec					
Strumień			W		
Szczyrk				W	
Świętochłowice					
Tarnowskie Góry					
Tychy	O/W			O/W	
Wojkowice					
Zabrze	O/W		O/W	O/W	O/W
Żory		O/W	O/W		
Żywiec			O/W		

OBJAŚNIENIA: O – opracowanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia; W – wdrażanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia.

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Na terenie województwa śląskiego jedynie samorządowcy z Bielska-Białej deklarowali każdego roku podejmowanie działań związanych z opracowaniem i wdrożeniem regionalnych programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Dość dużym zaangażowaniem w sprawy związane z promocją zdrowia w swoim środowisku wykazały się również urzędy miast: Gliwic, Imielinia, Katowic i Zabrza. Samorządowcy z Czeladzi, Jastrzębia-Zdroju, Jaworzna, Tychów i Żor deklarowali tylko w 2 latach opracowanie i wdrożenie regionalnych programów. W kilku miastach realizowano działania jedynie w trakcie jednego roku (spośród 5 analizowanych lat); należą do nich: Cieszyn, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Kłobuck, Mysłowice, Siemianowice Śląskie, Strumień, Szczyrk i Żywiec. W większości tych miast realizowano wyłącznie jedno z zadań. Spośród 42 urzędów miast z terenu

województwa śląskiego aż 22 nie odniosły się do pytania o stopień realizacji na ich terenie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Jednocześnie należy pamiętać, iż uzyskane dane mogą być niekompletne ze względu na szczątkowość przesyłanych do urzędu wojewódzkiego informacji.

W tabeli 3 zaprezentowano, ile urzędów gmin w latach 2007–2010 podjęło się opracowania i wdrożenia regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia na swoim terenie. Uzyskane dane nie wyglądają zbyt imponująco.

TABELA 3

Realizacja celu operacyjnego nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia* (wybrane elementy) przez urzędy gmin na terenie województwa śląskiego (2007–2011)

Urząd gminy	2007	2008	2009	2010	2011
Bobrowniki					
Bojszowy					
Boronów					
Dębowiec					W
Gierałtowiec					
Gorzyce					
Hażlach			O/W		
Koszęcin					
Krzyżanowice					
Łaziska Górne					
Opatów					
Ornontowice					W
Pawłowice		O/W			
Piłchowice					
Poraj					
Rudziniec					
Starcza				O/W	
Świnna					
Wyry					
Zbrosławice			W		
Zebrzydowice				W	W

OBJAŚNIENIA: O – opracowanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia; W – wdrażanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia.

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Na 21 urzędów gmin z województwa śląskiego tylko w 7 deklarowano podejmowanie omawianych działań. Należą do nich: Urząd Gminy Hażlach, który w 2009 roku opracował i wdrożył regionalny program profilaktyki i promocji zdrowia, Urząd Gminy Pawłowice, podejmujący wspomniane działania w 2008 roku, oraz Urząd Gminy Starcza, w którym działania obejmujące realizację zadań w ramach celu nr 12 NPZ zostały zainicjowane w 2010 roku. Urząd Gminy Zebrzydowice w dwóch kolejnych latach, tj. 2010 i 2011 roku, wdrożył regionalny program profilaktyki i promocji zdrowia. Natomiast urzędy gmin w Dębowcu, Ornontowicach, Zbrosławicach deklarowały aktywność w zakresie wdrażania regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia wyłącznie w jednym roku spośród 5 analizowanych lat.

W tabeli 4 zaprezentowano dane uzyskane od przedstawicieli urzędów miast i gmin.

TABELA 4

Realizacja celu operacyjnego nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia*  
(wybrane elementy)  
przez urzędy miast i gmin na terenie województwa śląskiego (2007–2011)

Urząd miasta i gminy	2007	2008	2009	2010	2011
Czerwionka-Leszczyny					
Koziegłowy					
Siewierz					
Szczekociny			O/W	O/W	O/W
Żarki					

OBJAŚNIENIA: **O** – opracowanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia; **W** – wdrażanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia.

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Tylko w Szczekocinach urzędnicy zgłosili, iż w latach 2009, 2010 i 2011 podjęli się opracowania i wdrożenia regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia.

Nieco lepiej prezentują się informacje przesłane przez starostwa powiatowe z terenu województwa śląskiego (tabela 5).

TABELA 5

Realizacja celu operacyjnego nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia*  
(wybrane elementy)  
przez starostwa powiatowe na terenie województwa śląskiego (2007–2011)

Starostwo powiatowe	2007	2008	2009	2010	2011
Będzin		O/W	O/W	O/W	
Bielsko-Biała		O/W		O/W	W
Bieruń				O/W	
Cieszyn		O/W	O/W	O/W	O/W
Częstochowa					O/W
Gliwice				O	O/W
Mikołów	O/W	O/W			
Racibórz					

OBJAŚNIENIA: O – opracowanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia; W – wdrażanie regionalnego programu profilaktyki i promocji zdrowia.

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Spośród 8 starostw powiatowych tylko jedno nie odniosło się do realizacji zadań w ramach aktywizacji jednostek samorządu terytorialnego na rzecz zdrowia społeczeństwa. Największą aktywność deklarują starostwa powiatowe w Będzinie i Cieszynie, które w latach 2008–2011 opracowały i wdrożyły regionalne programy profilaktyki i promocji zdrowia. Starostwa powiatowe w Bielsku-Białej, Mikołowie, Gliwicach podobne działania deklarują w dwóch kolejnych latach spośród pięciu, a urzędnicy ze starostw powiatowych w Bieruniu i Częstochowie – jedynie w jednym roku.

Kolejnym zadaniem w ramach realizacji celu nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia* jest „poprawa możliwości absorpcji środków finansowych, w tym unijnych, na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia”<sup>31</sup>. W tabeli 6 ujęto jedynie te jednostki organizacyjne z terenu województwa śląskiego, których władze aplikowały o środki unijne na dofinansowanie projektów na rzecz ochrony zdrowia.

<sup>31</sup> Ibidem.

TABELA 6

Aplikowanie o uzyskanie dofinansowania ze środków Unii Europejskiej na realizację projektów na rzecz ochrony zdrowia na terenie województwa śląskiego (2007–2011)

Nazwa jednostki organizacyjnej	2007	2008	2009	2010	2011
UM Bielsko-Biała	×				
UM Brenna		×			
UM Piekary Śląskie		×	×		
UM Pszczyna		×			
UM Ruda Śląska		×	×		
UM Tychy					×
UM Zabrze	×		×	×	×
UG Poraj			×		
UG Starcza				×	
UMiG Żarki			×		
SP Będzin			×		
SP Cieszyn		×	×	×	×

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Z tabeli 6 wynika, iż samorządowcy z województwa śląskiego nieczęsto aplikowali o środki unijne na dofinansowanie programów na rzecz ochrony zdrowia. Tylko 12 jednostek organizacyjnych deklaroowało podjęcie działań w tym zakresie. Najbardziej aktywni wydają się urzędnicy ze starostw powiatowych w Cieszynie i Zabrzu, którzy aż czterokrotnie ubiegali się o dofinansowanie programów na rzecz zdrowia ze środków Unii Europejskiej. Uzyskane dane mogą nie być pełne ze względu na szczątkowość przesłanych do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego informacji, ale niewątpliwie obrazują zaangażowanie przedstawicieli samorządów lokalnych w działalność na rzecz zdrowia.

Warto wskazać konkretne przykłady działań samorządowych w zakresie zdrowia lokalnej społeczności. Dane pochodzą z dwóch miast z terenu województwa śląskiego – z Chorzowa i Tychów. Zaprezentowano przykłady aktywności podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w okresie obejmującym ponad dekadę (od 1999 do 2011 roku).

Urząd Miasta w Chorzowie od lat realizuje *Program promocji zdrowia dla miasta Chorzowa*. Celem programu jest propagowanie wśród mieszkańców różnych form aktywności prozdrowotnej, pomnażanie potencjału



zdrowotnego, zmniejszanie ryzyka powstawania chorób. Do form realizacji tego celu zaliczyć można zapobieganie chorobom przez rozpoznanie czynników ryzyka i edukację zdrowotną z udziałem całej lokalnej społeczności. W ramach programu podejmuje się następujące działania:

- promocja aktywności fizycznej;
- propagowanie zdrowego odżywiania i uczenie sposobów radzenia sobie ze stresem;
- promocja zdrowia (w tym działania edukacyjne) w szkołach i przedszkolach;
- edukacja dotycząca uzależnień.

W tabeli 7 zaprezentowano podjęte w latach 1999–2011 działania w ramach realizacji *Programu promocji zdrowia*. Przedsięwzięcia podzielono na dwie kategorie, osobno działania skierowane do ogółu mieszkańców i te, które realizowano w szkołach na terenie miasta.

TABELA 7

Działania podejmowane w ramach realizacji w Chorzowie *Programu promocji zdrowia* (1999–2011)

Okres	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
1999–2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia;</li> <li>• „Gimnastyka dla seniorów” (1999);</li> <li>• akcja plenerowa „Twoje zdrowie w Twoich rękach”;</li> <li>• ogólnodostępne wykłady dotyczące uzależnień (2000);</li> <li>• udział w IV Międzynarodowej Kampanii Antynikotynowej „Rzuć palenie i wygraj” (1999–2000);</li> <li>• udział w Ogólnopolskiej Kampanii Aktywności Fizycznej „Postaw serce na nogi” (2000–2001);</li> <li>• <i>Program prewencji antytytoniowej dla mieszkańców Chorzowa</i> (2001);</li> <li>• spotkania z okazji Światowego Dnia Walki z Cukrzycą (1999–2002);</li> <li>• Dzień Zdrowia Psychicznego (2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Edukacja dziewcząt klas II i IV szkół ponadpodstawowych w zakresie samokontroli piersi” (1999–2002);</li> <li>• „Na zdrowie” (1999);</li> <li>• „Szkolni instruktorzy ds. żywności i żywienia” (1999);</li> <li>• „Promocja zdrowia” (1999);</li> <li>• „Nauczanie w szkołach o nowotworach złośliwych” (1999);</li> <li>• „Jestem wolny, bo żyję bez nałogów” (1999);</li> <li>• „Ciesz się życiem bez nałogów, bo nałogi twoją kulą u nogi” (2000);</li> <li>• „Walczymy z nałogami” oraz „Promujemy zdrową żywność” (1999);</li> <li>• Chorzowskie Dni Promocji Zdrowia (1999–2000);</li> <li>• Międzyszkolna Terenowa Olimpiada Wiedzy o AIDS (2000);</li> <li>• szkolenia promotorów zdrowia (2000/2001);</li> </ul>

cd. tab. 7

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Środowiskowy Program Wychowania Zdrowotnego w Szkole” (2000–2002);</li> <li>• spektakle edukacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień (2001–2003);</li> <li>• „Żyj zdrowo – bez nałogów” (2001–2002);</li> <li>• konkurs z profilaktyki uzależnień „Nie zachęcaj, nie namawiaj, nie zmuszaj” (2002);</li> <li>• szkolenie w ramach programu „Twój piękny uśmiech” (2002);</li> <li>• konkurs: „Czy to duży, czy to mały, świat witamin znamy cały” (2002)</li> </ul>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych, konkursy, pokazy promujące różne formy aktywności fizycznej);</li> <li>• szkolenie dla lekarzy z zakresu profilaktyki HIV/AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i> w 16 szkołach;</li> <li>• konkursy promujące zdrowy styl życia w szkołach: „Zdrowo i bezpiecznie” (szkoły podstawowe), „Twoje zdrowie w Twoich rękach” (gimnazja), „Konkurs wiedzy nt. HIV/AIDS” (gimnazja)</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• udział w VI Międzynarodowej Kampanii Antytytoniowej „Rzuć palenie i wygraj”;</li> <li>• Dzień Zdrowia Psychicznego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i> w 15 szkołach;</li> <li>• konkursy promujące zdrowy styl życia w szkołach: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”, „Konkurs wiedzy nt. HIV/AIDS”, „Zdrowe wakacje” (dla uczestników półkolonii w szkole podstawowej i gimnazjum);</li> <li>• Konferencja Szkół Promujących Zdrowie</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i> w 14 szkołach;</li> <li>• konkursy promujące zdrowy styl życia w szkołach: „Twoje zdrowie w Twoich rękach” (gimnazja), „Konkurs wiedzy nt. HIV/AIDS” (gimnazja);</li> <li>• konferencja „O tym trzeba mówić” poświęcona problematyce HIV/ AIDS, skierowana do środowiska szkolnego;</li> <li>• Międzyszkolny Dzień Zdrowia (gimnazjum, szkoły podstawowe)</li> </ul>

Okres	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie i druk materiałów związanych z realizacją programów promocji i profilaktyki zdrowia;</li> <li>• ogólnodostępna akcja edukacyjno-profilaktyczna „Serce zawsze młode” (SPZOZ ZSM);</li> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji imprez promujących zdrowy styl życia (festyn „Jak zachować zdrowie”), szkoleń („Lepiej zapobiegać niż leczyć” – szkolenie dla lekarzy z zakresu profilaktyki HIV/AIDS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i> w 12 szkołach;</li> <li>• konkursy promujące zdrowy styl życia w szkołach: „Twoje zdrowie w Twoich rękach” (gimnazja), „Konkurs wiedzy nt. HIV/AIDS” (szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne), „Zdrowym być” (Zespół Szkół Specjalnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji programów edukacyjnych: „Przed-szkolny program profilaktyki WZW typu A”, „Radosny uśmiech – radosna przyszłość”</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie i druk materiałów związanych z realizacją programów promocji i profilaktyki zdrowia;</li> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i> w 7 szkołach (w tym prelekcje, warsztaty, konkursy, dni zdrowia);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji konferencji i warsztatów szkoleniowych dla nauczycieli w ramach realizacji Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego Zapobiegania Nadwadze i Otyłości „Trzymaj formę” oraz festynu dla dzieci „Zdrowie masz tylko jedno”</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitar-no-Epidemiologiczną w organizacji akcji w ramach obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu i realizacji Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego Zapobiegania Nadwadze i Otyłości „Trzymaj formę”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wspieranie działań prozdrowotnych w placówkach oświatowo-wychowawczych; konkursy: „Witaminki – rosnę zdrowo” (przedszkole), „Twoje zdrowie w Twoich rękach” (gimnazja), międzygimnazjalny konkurs kulinarny „Naj-Kanapka”, międzyszkolny „Konkurs wiedzy nt. HIV/AIDS” (szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne)</li> </ul>

cd. tab. 7

1	2	3
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (wykłady, badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji akcji „Rzuć palenie i wygraj” i obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu oraz festynu dla dzieci „Żyj zdrowo i baw się wesoło”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wspieranie działań prozdrowotnych w placówkach oświatowo-wychowawczych: program „Nasze zdrowie w naszych rękach”, międzygimnazjalny konkurs kulinarny „Naj-Kanapka”, program „Ku zdrowemu życiu”, <i>Środowiskowy program wychowania zdrowotnego</i>, Szkolny Dzień Zdrowia, Szkolny Dzień bez Papierosa, konkurs „Jedz zdrowo – żyj kolorowo”, I Chorzowska Olimpiada Wiedzy o Nowotworach;</li> <li>• realizacja <i>Programu pierwszej pomocy przedmedycznej</i> – przeszkolono w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej 954 uczniów chorzowskich szkół gimnazjalnych</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (wykłady, badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji festynu „Zdrowie w mieście się liczy” i konkursu plastycznego dla dzieci;</li> <li>• akcje antytytoniowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kurs pierwszej pomocy przedmedycznej (w gimnazjach);</li> <li>• wspieranie działań prozdrowotnych prowadzonych przez placówki oświatowo-wychowawcze (szczególnie w szkołach należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie);</li> <li>• program przeciwdziałania narkomanii</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja Chorzowskiego Dnia Promocji Zdrowia (wykłady, badania profilaktyczne, porady specjalistyczne, edukacja zdrowotna wraz z przekazywaniem materiałów edukacyjnych);</li> <li>• współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w organizacji festynu „Nie nadużywaj antybiotyków” oraz konkursu wiedzy na temat zdrowego stylu życia, ziołolecznictwa oraz prawidłowego stosowania antybiotyków;</li> <li>• akcje antytytoniowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kurs pierwszej pomocy przedmedycznej (w gimnazjach);</li> <li>• wspieranie działań prozdrowotnych prowadzonych przez placówki oświatowo-wychowawcze (szczególnie w szkołach należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie);</li> <li>• program przeciwdziałania narkomanii</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta w Chorzowie.

Aktywność chorzowskich samorządowców jest dość znacząca. Przede wszystkim w ramach *Programu promocji zdrowia* podejmuje się inicjatywy w szkołach. To ważne, gdyż aby zmieniać sposób myślenia i kształtować nowe podejście do zagadnień ochrony i promocji zdrowia, należy skoncentrować się głównie na dzieciach i młodzieży szkolnej. Młodzi ludzie, mający określoną wiedzę na temat czynników ryzyka, czynników chroniących, jednocześnie dysponujący umiejętnościami życiowymi, pozwalającymi im nie tylko utrzymać zdrowie, lecz także je pomnażać, będą w przyszłości świadomymi obywatelami, tworzącymi koalicję na rzecz zdrowia.

Od 12 lat samorządowcy z Chorzowa regularnie organizują Chorzowski Dzień Promocji Zdrowia, w ramach którego przygotowują ofertę dla wszystkich mieszkańców. W trakcie tych spotkań prowadzona jest edukacja zdrowotna, umożliwia się także mieszkańcom miasta przeprowadzenie badań profilaktycznych. Impreza ta cieszy się coraz większym zainteresowaniem.

W okresie, w którym obowiązuje *Narodowy Program Zdrowia*, tj. od 2007 roku, w Chorzowie realizowano również inne programy z zakresu ochrony zdrowia. Wśród nich można wymienić:

- *Program onkologiczny dla miasta Chorzowa*;
- *Program profilaktyki przeciwobrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej*;
- *Program profilaktycznych badań słuchu wśród chorzowskich dzieci przedszkolnych*;
- *Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci chorzowskich szkół podstawowych*;
- *Miejski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*;
- *Gminny program przeciwdziałania narkomanii w Chorzowie*<sup>32</sup>.

Szczegółowe informacje na temat zasięgu podejmowanych w ramach *Programu onkologicznego dla miasta Chorzowa* działań zawiera tabela 8.

---

<sup>32</sup> Dane pochodzą Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta w Chorzowie.

TABELA 8

Wykaz podejmowanych działań w ramach realizacji  
*Programu onkologicznego dla miasta Chorzowa (2007–2011)*

Podejmowane działania	2007	2008	2009	2010	2011
Profilaktyczne badania mammograficzne i instruktaże, skierowane dla mieszkanki Chorzowa w wieku od 40 do 49 lat	136	139	141	99	132
Profilaktyczne badania gruczołu krokowego dla mieszkańców Chorzowa powyżej 40. roku życia	173	79	152	104	146
Zdjęcia RTG klatki piersiowej dla mieszkańców powyżej 18. roku życia	1 718	1 980	1 923	1 350	2 492
Profilaktyczne badania kału na krew utajoną dla mieszkańców Chorzowa w wieku 40–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, oraz w wieku 25–39 lat, mających krewnego pierwszego stopnia, u którego zdiagnozowano raka jelita grubego	199	–	–	–	–

ŹRÓDŁO: Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta w Chorzowie.

Podejmowane w ramach programu działania charakteryzują się pewną cyklicznością, każdego roku obejmują porównywalną liczbę mieszkańców. Jedynie profilaktyczne badania na krew utajoną zakończono w 2007 roku.

Na terenie Chorzowa realizowany jest też *Program profilaktyki przeciwozrzękowej przeznaczony dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej*, skierowany do osób, u których zdiagnozowano obrzęk limfatyczny kończyn górnych i dolnych lub zagrożenie jego wystąpienia do roku po przeprowadzonych zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej. W latach 2008 i 2009 w programie uczestniczyły po 22 osoby<sup>33</sup>.

Kolejne dwa programy przeznaczone były dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Pierwszy program – *Program profilaktycznych badań słuchu wśród chorzowskich dzieci przedszkolnych* – skierowany był do dzieci 6-letnich, uczęszczających do chorzowskich przedszkoli. Celem podejmowanych działań było wczesne wykrycie wad słuchu i zapobieganie powikłaniom wynikającym ze schorzenia.

<sup>33</sup> Ibidem.

Po przeprowadzeniu badania w ramach programu dziecko, u którego wykryto wadę słuchu wymagającą podjęcia leczenia, otrzymywało zaświadczenie dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Program obejmował w kolejnych latach podobną liczbę uczestników (2007 – 326 uczestników; 2008 – 326, 2009 – 340, 2010 – 279, 2011 – 300), przy czym w 2009 roku badań słuchu wykonano najwięcej.

Kolejnym skierowanym do dzieci programem profilaktycznym jest *Program profilaktyki wad postawy wśród dzieci chorzowskich szkół podstawowych*, w ramach którego badaniami objęto dzieci 10-letnie. Cel programu stanowi zmniejszenie wskaźnika zachorowalności w zakresie wad postawy. Liczba przeprowadzonych od 2007 roku konsultacji medycznych oraz liczba dzieci objętych dodatkowymi zajęciami korekcyjnymi obrazuje tabela 9.

TABELA 9

Liczba wykonanych konsultacji oraz wskazań do rehabilitacji w ramach *Programu profilaktyki wad postawy wśród dzieci chorzowskich szkół podstawowych* (2007–2011)

Działania	2007	2008	2009	2010	2011
Konsultacje lekarskie	914	874	809	833	782
Udział uczniów w gimnastyce korekcyjnej i zajęciach na basenie	300	467	489	300	300

ŹRÓDŁO: Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta w Chorzowie.

Konsultacjami obejmowano wszystkie dzieci 10-letnie uczęszczające do chorzowskich szkół; blisko połowa badanych w 2008 roku musiała zostać skierowana na zajęcia korekcyjne. W pozostałych latach dotyczyło to około 1/3 wszystkich uczniów. To pokazuje skalę problemu i sugeruje konieczność podejmowania tego typu działań na wcześniejszym etapie rozwoju dzieci, a także edukowania rodziców w zakresie profilaktyki wad postawy.

Pozostałe programy, mianowicie *Miejski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych* oraz *Gminny program przeciwdziałania narkomanii w Chorzowie*, również realizowane są w ramach *Programu promocji zdrowia*, którego szczegółowy opis zawiera tabela 7. Adresatami większości działań są dzieci z chorzowskich szkół.

Z zebranych danych wynika, iż miasto Chorzów podejmuje wiele inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców. Cyklicznie prowadzone programy obejmują w kolejnych latach coraz większą liczbę uczestników, co bez wątpienia zaowocuje poprawą stanu zdrowia chorzowskiej społeczności, której kondycja zdrowotna, przejawiająca się wysokim stopniem zachorowalności na choroby cywilizacyjne i śmiertelności z powodu tych chorób, jest dość niepokojąca<sup>34</sup>.

W tabeli 10 zaprezentowano dane uzyskane w Wydziale Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miasta w Tychach. Od 2005 roku programy zdrowotne realizowane są w tym mieście cyklicznie i obejmują głównie działania skierowane do mieszkańców w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

TABELA 10

Programy zdrowotne realizowane przez Urząd Miasta Tychy w latach 2005–2011

Rok	Realizowane działania	
	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i> – badania skринingowe w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy dla osób powyżej 35. roku życia;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – prowadzenie gabinetów z zakresu nauki samobadania piersi; program ogólnodostępny dla kobiet;</li> <li>• <i>Program zdrowotny „Ochudzenie”</i> – program z zakresu profilaktyki kardio-logicznej oraz chorób metabolicznych dla otyłych mieszkańców;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki „Trzymaj się prosto”</i> – program profilaktyki wad postawy dla uczniów I klas szkół podstawowych;</li> <li>• <i>Program profilaktyki jelita grubego dla młodzieży</i> – program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Ząbki na pokaz”</i> – program o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym dla uczniów klas gimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-profilaktyczny „Pierwsza pomoc przedlekarska”</i> –</li> </ul>

<sup>34</sup> K. KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA: *Choroby układu krążenia – diagnoza i przeciwdziałanie w społecznościach lokalnych miast średniej wielkości*. W: *Edukacja w społeczeństwie „ryzyka”. Bezpieczeństwo jako wartość*. Red. M. GWOŹDZICKA-PIOTROWSKA, A. ZDUNIAK. T. 2. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2007, s. 331–332; K. KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA: *Identyfikacja i rozwiązywanie problemów zdrowotnych społeczności lokalnych z perspektywy pedagoga społecznego*. „Auxilium Sociale Novum” 2011, no. 1–2, s. 80.



Rok	Realizowane działania	
	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyczno-edukacyjny „Mammografia”</i> – program profilaktyki raka piersi, badanie mammograficzne dla kobiet 45-letnich;</li> <li>• <i>Profilaktyka raka szyjki macicy</i> – badania skринingowe, cytologia dla kobiet;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka gruczołu krokowego „Daj szansę zdrowiu”</i> – program profilaktycznych badań i wizyt lekarskich dla mężczyzn;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego</i> – program dla dorosłych mieszkańców, badania przesiewowe oraz konsultacje lekarskie;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</i> – punkt konsultacyjno-edukacyjny dla osób chcących rzucić palenie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki „Październik miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępne konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta;</li> <li>• <i>Program profilaktyki „Chroń się przed grypą”</i> – program profilaktycznych szczepień przeciwko grypie sezonowej w wybranych grupach</li> </ul>	<p>program dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zasad udzielania pierwszej pomocy</p>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla dorosłych</i> – program dla dorosłych mieszkańców, badania przesiewowe oraz konsultacje lekarskie;</li> <li>• <i>Program zdrowotny „Odchudzanie”</i> – program z zakresu profilaktyki kardiologicznej oraz chorób metabolicznych dla otyłych mieszkańców;</li> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i> – badania skринingowe w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy dla osób powyżej 35. roku życia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program edukacyjno-profilaktyczny „Pierwsza pomoc przedlekarska”</i> – program dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zasad udzielania pierwszej pomocy;</li> <li>• <i>Program profilaktyki „Trzymaj się prosto”</i> – program profilaktyki wad postawy dla uczniów I klas szkół podstawowych;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży</i> – program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych;</li> </ul>

cd. tab. 10

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyczno-edukacyjny „Mammografia”</i> – program profilaktyki raka piersi, badanie mammograficzne dla kobiet 45-letnich;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</i> – punkt konsultacyjno-edukacyjny dla osób chcących rzucić palenie;</li> <li>• <i>Profilaktyka raka piersi</i> – ogólnodostępny program profilaktyczny dla kobiet;</li> <li>• <i>Profilaktyka raka szyjki macicy</i> – badania skriningowe, cytologia dla kobiet;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka gruczołu krokowego</i> – program profilaktycznych badań i wizyt lekarskich dla mężczyzn;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – badania sonomammograficzne, program kierowany do mieszkanek miasta powyżej 20. roku życia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyczny „Ząbki na pokaz”</i> – program o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym dla uczniów klas gimnazjalnych</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego</i> – program dla dorosłych mieszkańców, badania przesiewowe oraz konsultacje lekarskie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – badania sonomammograficzne, program kierowany do mieszkanek miasta powyżej 20. roku życia;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</i> – punkt konsultacyjno-edukacyjny dla osób chcących rzucić palenie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – prowadzenie gabinetów z zakresu nauki samobadania piersi, program ogólnodostępny dla kobiet;</li> <li>• <i>Program profilaktyczno-edukacyjny „Mammografia”</i> – program profilaktyki raka piersi, badanie mammograficzne dla kobiet 45-letnich;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki „Trzymaj się prosto”</i> – program profilaktyki wad postawy dla uczniów I klas szkół podstawowych;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-profilaktyczny „Pierwsza pomoc przedlekarska”</i> – program dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zasad udzielania pierwszej pomocy;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży</i> – program edukacyjny dla szkół ponadgimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Ząbki na pokaz”</i> – program o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym dla uczniów klas gimnazjalnych</li> </ul>

Rok	Realizowane działania	
	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i> – badania skryningowe w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy dla osób powyżej 35. roku życia;</li> <li>• <i>Program zdrowotny „Odchudzanie”</i> – program z zakresu profilaktyki kardiologicznej oraz chorób metabolicznych dla otyłych mieszkańców;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Maj miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka gruczołu krokowego, II edycja</i> – program profilaktycznych badań gruczołu krokowego dla mężczyzn powyżej 40. roku życia;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny – rak szyjki macicy, II edycja</i> – program profilaktycznych badań dla kobiet nieobjętych badaniami przez NFZ;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta</li> </ul>	
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeprowadzenie cyklu imprez rekreacyjnych „Niedziela ze zdrowiem i sportem” – program ogólnodostępny dla mieszkańców miasta;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla dorosłych mieszkańców</i> – badania przesiewowe oraz konsultacje lekarskie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i> – badania skryningowe w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy dla osób powyżej 35. roku życia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki „Trzymaj się prosto”</i> – program profilaktyki wad postawy dla uczniów I klas szkół podstawowych;</li> <li>• <i>Program edukacyjny „Pierwsza pomoc”</i> – program dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zasad udzielania pierwszej pomocy;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka gruczołu krokowego</i> – program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych;</li> </ul>

cd. tab. 10

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – badania sonomammograficzne – program kierowany do mieszkanek miasta powyżej 20. roku życia;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – prowadzenie gabinetów z zakresu nauki samobadania piersi, program ogólnodostępny dla kobiet;</li> <li>• <i>Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</i> – punkt konsultacyjno-edukacyjny dla osób chcących rzucić palenie;</li> <li>• <i>Program zdrowotny „Odchudzanie”</i> – program z zakresu profilaktyki kardiologicznej oraz chorób metabolicznych dla otyłych mieszkańców;</li> <li>• <i>Program edukacyjny dla pracowników Teatru Małego „Pierwsza pomoc”</i> – nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zasad pierwszej pomocy;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Maj miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta;</li> <li>• <i>Profilaktyka raka szyjki macicy</i> – program profilaktycznych badań dla kobiet nieobjętych badaniami przez NFZ;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyczny „Ząbki na pokaz”</i> – program o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym dla uczniów klas gimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży</i> – program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</i> – punkt konsultacyjno-edukacyjny dla osób chcących rzucić palenie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i> – badania skryningowe w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy dla osób powyżej 35. roku życia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki „Trzymaj się prosto”</i> – program profilaktyki wad postawy dla uczniów I klas szkół podstawowych;</li> <li>• <i>Program edukacyjny „Pierwsza pomoc”</i> – program dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nauka resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zasad udzielania pierwszej pomocy;</li> </ul>

Rok	Realizowane działania	
	Edukacja mieszkańców	Edukacja w szkołach
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – badania sonomammograficzne, program kierowany do mieszkanek miasta powyżej 20. roku życia;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla dorosłych mieszkańców</i> – badania przesiewowe oraz konsultacje lekarskie;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – prowadzenie gabinetów z zakresu nauki samobadania piersi – program ogólnodostępny dla kobiet;</li> <li>• <i>Profilaktyka raka szyjki macicy</i> – program profilaktycznych badań dla kobiet nieobjętych badaniami przez NFZ;</li> <li>• <i>Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”</i> – program o charakterze akcyjnym, ogólnodostępny, konsultacje specjalistyczne i badania biochemiczne dla mieszkańców miasta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyczny „Ząbki na pokaz”</i> – program o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym dla uczniów klas gimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program profilaktyki jelita grubego dla młodzieży</i> – program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych;</li> <li>• <i>Program profilaktycznych szczepień przeciwko bakteriom Neisseria Meningitidis typ C</i> – program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom wśród 6-latków;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka gruczołu krokowego</i> – program edukacyjny dla szkół ponadgimnazjalnych</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka szyjki macicy</i> – szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt z rocznika 1998;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla dorosłych</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – badania sonomammograficzne, program kierowany do mieszkanek miasta powyżej 20. roku życia;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka piersi</i> – prowadzenie ogólnodostępnego gabinetu samobadania piersi;</li> <li>• <i>Program profilaktyki raka szyjki macicy</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy</i>;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Program profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktyki wad postawy „Trzymaj się prosto”</i>;</li> <li>• <i>Program profilaktyki stomatologicznej „Ząbki na pokaz”</i>;</li> <li>• <i>Program edukacyjny „Pierwsza pomoc”</i></li> </ul>

cd. tab. 10

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”;</li> <li>• program <i>Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych</i>;</li> <li>• akcja szczepień przeciwko grypie dla osób po 65. roku życia;</li> <li>• Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</li> </ul>	
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt z rocznika 1999;</li> <li>• Program profilaktyki raka jelita grubego dla dorosłych;</li> <li>• Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego;</li> <li>• Program profilaktyki raka piersi – badania sonomammograficzne wraz z prowadzeniem gabinetu samobadania piersi;</li> <li>• Program profilaktyki raka szyjki macicy;</li> <li>• Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy;</li> <li>• Program profilaktyczny „Październik miesiącem zdrowia”;</li> <li>• Program poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych;</li> <li>• Program edukacyjno-zdrowotny „Dziękuję, nie palę”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży;</li> <li>• Program profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C;</li> <li>• Program profilaktyki wad postawy „Trzymaj się prosto”;</li> <li>• Program profilaktyki stomatologicznej „Zabki na pokaz”;</li> <li>• Program edukacyjny „Pierwsza pomoc”</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia, Urząd Miasta Tychy.

We wszystkich latach w Tychach prowadzone były również programy profilaktyczne w zakresie *Miejskiego programu profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych* oraz *Miejskiego programu przeciwdziałania narkomanii*. Niestety szczegółowa analiza podejmowanych działań nie była możliwa z uwagi na ograniczony dostęp do danych.

Z tabeli 10 wynika, iż w Tychach, inaczej niż w Chorzowie, głównie samorząd kieruje działania do ogółu mieszkańców, a edukacja zdrowotna w szkołach ogranicza się do realizacji działań w ramach *Pro-*

*gramu profilaktyki raka jelita grubego dla młodzieży, Programu profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C, Programu profilaktyki wad postawy „Trzymaj się prosto”, Programu profilaktyki stomatologicznej „Ząbki na pokaz” oraz Programu edukacyjnego „Pierwsza pomoc”.*

Ciekawą inicjatywą, prowadzoną od 2012 roku przez Wydział Informacji, Promocji i Współpracy z Zagranicą Urzędu Miasta Tychy, jest miejska społeczna kampania na rzecz zdrowego żywienia *Małe ogródki*. Adresatami programu są dzieci przedszkolne i ich rodzice. Działania prowadzone są aktualnie<sup>35</sup> w 15 tyskich przedszkolach, każde przedszkole realizuje indywidualny program o zdrowym odżywianiu, w ramach którego przewiduje się:

- zakładanie ogródków warzywno-owocowych przy przedszkolach przez dzieci i ich opiekunów;
- zapewnianie profesjonalnego wsparcia ekologicznego ogrodnictwa przy prowadzeniu ogródków;
- współpracę ze specjalistami w zakresie tworzenia zdrowej diety dla przedszkolaków;
- organizację warsztatów, prelekcji i szkoleń obejmujących tematykę zdrowego żywienia, adresowanych do nauczycieli, pracowników administracyjnych przedszkoli, rodziców i dzieci<sup>36</sup>.

Wymiernym efektem podjętych w ramach kampanii *Małe ogródki* działań jest publikacja książki kucharskiej mająca na celu popularyzację zdrowego żywienia wśród dzieci przedszkolnych i ich rodziców. Książkę otrzymało 1 600 przedszkolaków. Planowane jest również przygotowanie opracowania „*Małe ogródki*” – *know-how* i umieszczenie go na stronie internetowej urzędu miasta, w celu rozpropagowania programu również w innych miastach.

Wymiana doświadczeń w zakresie promocji zdrowia jest możliwa także dzięki Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich, Europejskiej Sieci Zdrowych Miast, ale również dzięki działającej od 1989 roku pozarządowej organizacji Dreyfus Health Foundation (DHF) z Nowego

---

<sup>35</sup> Stan na luty 2013 roku.

<sup>36</sup> „*Małe ogródki*” – kampania na rzecz zdrowego żywienia. Pozyskano z: <http://www.umtychy.pl/arttykul.php?s=1146,803> (8.02.2013).

---

Jorku, która w ramach programu *Problem Solving for Better Health* współpracuje z instytucjami i organizacjami w ponad 30 krajach, w tym w Polsce<sup>37</sup>. Organizacja DHF wspiera realizację lokalnych projektów z zakresu promocji zdrowia, uczy efektywnego wykorzystywania dostępnych środków oraz motywowania do działań mieszkańców.

---

<sup>37</sup> J. SOBÓTKA et al.: *Rozwiązywanie Problemów dla Poprawy Zdrowia – programy promocji zdrowia realizowane w Polsce we współpracy z Dreyfus Health Foundation*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, nr 92 (4), s. 994.





## Partycypacja mieszkańców w działaniach na rzecz zdrowia publicznego

Ruch społeczny mający na celu aktywizowanie społeczności lokalnych (ang. *community development*) ma krótką tradycję. Początki tego ruchu można upatrywać w USA w latach siedemdziesiątych XX wieku. Kłasykna praca Sherry R. Arnstein *A ladder of citizen participation* (1969) na temat tzw. drabiny uczestnictwa uwzględnia osiem zakresów udziału obywateli w życiu publicznym: (1) manipulację, (2) terapię, (3) informowanie, (4) konsultację, (5) łagodzenie animozji i braku zaufania, (6) partnerstwo, (7) przyznanie władzy, (8) kontrolę obywatelską<sup>1</sup>. Zdaniem autorki, poziomy 1. i 2. uniemożliwiają partycypację społeczną, 3.–5. oznaczają gotowość do uczestnictwa, 6.–8. dotyczą uczestnictwa<sup>2</sup>. Współcześnie idea ta nabiera szczególnego znaczenia i stanowi bazę tworzenia społeczeństwa demokratycznego<sup>3</sup>. Bycie obywatelem obliuguje do świadomego podejmowania aktywnych działań mających na celu ulepszenie środowiska we wszystkich wymiarach jego funkcjonowania. Założenie to wynika z przeświadczenia, iż własny interes winien być rozpatrywany w szerszym – społecznym – kontekście<sup>4</sup>. Budowanie poczucia współodpowiedzialności służy rozwojowi demokracji lokalnej<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Podaję za: D. CIANCIARA: *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 69.

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2001, s. 611–612.

<sup>4</sup> Ibidem, s. 613.

<sup>5</sup> I. SADOWSKI: *Spółeczna konstrukcja demokracji lokalnej*. Warszawa: Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, 2011, s. 8. Por. W. GOLA: *Relacja organi-*

Rozważania na ten temat można również prowadzić w odniesieniu do koncepcji kapitału społecznego, rozumianego jako konfiguracja kultury i struktury społecznej, postrzeganej jako układ pozycji i sieć wzajemnych relacji, których efektem są wymierne korzyści dla społeczeństwa oraz jego poszczególnych członków w różnych sferach życia<sup>6</sup>. Pierre Bourdieu określa kapitał społeczny jako „agregat faktycznych i potencjalnych zasobów związanych z posiadaniem trwałej sieci mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych relacji wzajemnej znajomości – lub innymi słowy, przynależności grupowej – która zapewnia jej członkom wsparcie za pomocą wspólnotowego kapitału, referencji uprawniającej do zaciągania zobowiązań (w różnym sensie)”<sup>7</sup>. Zdaniem Jamesa S. Colemana, kapitał społeczny „nie jest to jedna rzecz, ale cały zespół różnych rzeczy, które mają dwa elementy wspólne: wszystkie dotyczą pewnych aspektów struktury społecznej i skłaniają aktorów – zarówno osoby, jak i organizacje – do określonych działań w ramach tej struktury. Podobnie jak inne formy kapitału, kapitał społeczny jest produktywny, gdyż umożliwia osiągnięcie pewnych celów, których bez niego nie dałoby się osiągnąć. Podobnie jak kapitał fizyczny i ludzki, kapitał społeczny nie jest całkowicie wymienny, daje się całkowicie wykorzystać w określonych, konkretnych działaniach”<sup>8</sup>. Bardziej zawężoną definicję kapitału społecznego sformułował Francis Fukuyama, który wiąże to pojęcie głównie z możliwościami samoorganizacyjnymi społeczeństw. Według Fukuyamy, kapitał społeczny jest „zdolnością wynikającą z rozpowszechnienia zaufania w obrębie społeczeństwa lub jego

---

zacji pozarządowych z sektorem publicznym. *Promocja aktywności społecznej czy upaństwowienie trzeciego sektora*. W: *Wielowymiarowość przestrzeni i środowisk wychowawczych*. Red. W. THEISS, M. WINIARSKI. Warszawa: „Pedagogium” – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, 2011, s. 293.

<sup>6</sup> I. SADOWSKI: *Społeczna konstrukcja demokracji lokalnej...*, s. 40.

<sup>7</sup> Cyt. za: ibidem, s. 47. Por. P. BOURDIEU: *The forms for Capital*. In: *Handbook of theory and research in the sociology of education*. Ed. J.G. RICHARDSON. New York: Greenwood Press, 1986, s. 248–249.

<sup>8</sup> Cyt. za: I. SADOWSKI: *Społeczna konstrukcja demokracji lokalnej...*, s. 48–49. Por. J.B. COLEMAN: *Social capital in the creation of human capital*. „American Journal of Sociology” 1988, vol. 94, s. 95–120; M. THEISS: *Krewni – znajomi – obywatel. Kapitał społeczny a lokalna polityka społeczna*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2012, s. 14.

części. Kapitał ten może być cechą najmniejszej i najbardziej podstawowej grupy społecznej, jaką jest rodzina, można go także rozpatrywać w skali całego narodu lub w obrębie wszystkich grup pośrednich. Kapitał społeczny różni się od innych form kapitału ludzkiego tym, że jest tworzony i przekazywany za pośrednictwem mechanizmów kulturowych: religii, tradycji, historycznego nawyku”<sup>9</sup>. Na gruncie polskim znana jest definicja Andrzeja Matysiaka, który kapitał społeczny określa jako „zasób dóbr oraz wartości niematerialnych, które poprzez działanie, interakcje między podmiotami nabierają uprawnionego znaczenia – kapitału – oraz przynoszą korzyści w sferze gospodarowania”<sup>10</sup>. Inną propozycję podaje Henryk Januszek, dla którego kapitał społeczny to „wiedza, doświadczenie oraz kontakty i siatki powiązań”<sup>11</sup>. Mimo różnorodnych ujęć definicyjnych, o powstaniu kapitału społecznego decyduje kilka czynników: istnienie tradycji obywatelskiego zaangażowania, istnienie pozytywnych doświadczeń w ramach wcześniejszej współpracy, prowadzenie działalności przez lokalnych liderów i lokalne organizacje oraz istnienie określonego potencjału (w zakresie wiedzy i umiejętności) do organizowania wspólnego działania<sup>12</sup>.

W Polsce minister kultury i dziedzictwa narodowego koordynuje prace związane z przygotowaniem i wdrożeniem *Strategii rozwoju kapitału społecznego do roku 2020* (SRKS)<sup>13</sup>. Celem strategicznym SRKS jest „wzmocnienie udziału kapitału społecznego w rozwoju społeczno-gospodarczym Polski”<sup>14</sup>, a jednym z celów operacyjnych –

<sup>9</sup> I. SADOWSKI: *Spoleczna konstrukcja demokracji lokalnej...*, s. 56. Por. F. FUKUYAMA: *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Przeł. A. i L. ŚLIWA. Warszawa–Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997, s. 39; M. THEISS: *Krewni – znajomi – obywateli...*, s. 18.

<sup>10</sup> M. GAJOWIAK: *Kapitał społeczny w świetle literatury*. W: *Kapitał społeczny w rozwoju regionu*. Red. E. SKAWIŃSKA. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 17.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 16.

<sup>12</sup> A. RZYMELKA-FRACKIEWICZ: *Rola pedagogiki społecznej w kształtowaniu aktywnych postaw obywatelskich i demokratycznych w środowisku lokalnym*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008, s. 203.

<sup>13</sup> *Strategia rozwoju kapitału społecznego*. Warszawa 2013. Pozyskano z: <http://ks.mkidn.gov.pl/pages/strona-glowna/strategia-rozwoju-kapitalu-spoecznego.php> (22.09.2012).

<sup>14</sup> Ibidem.

„poprawa mechanizmów partycypacji społecznej i wpływu obywateli na życie publiczne”<sup>15</sup>. Realizacja tego celu winna dokonać się poprzez wspieranie mechanizmów współpracy instytucji publicznych z obywatelami, rozwój i wzmacnianie zorganizowanych form aktywności obywatelskiej oraz wzmocnienie integracji i solidarności społecznej<sup>16</sup>. W *Strategii...* określono następujące kierunki działań:

- zwiększenie zaufania do instytucji publicznych (wspieranie oddolnych inicjatyw, rozpowszechnianie idei współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi, udział tych ostatnich w realizacji zadań publicznych);
- tworzenie instytucji społeczeństwa obywatelskiego (partnerstwo publiczno-społeczne i prywatne, poszukiwanie innowacyjnych metod współpracy i upowszechnianie tych najsukcesywniejszych);
- kształtowanie postaw obywatelskich (promocja działań prospołecznych, lokalne inicjatywy, rozwój samorządności i sieci społecznego funkcjonowania);
- wykorzystanie mediów i wdrażanie polityki audiowizualnej w celu przekazywania rzetelnych informacji oraz prowadzenia debat publicznych<sup>17</sup>.

Stopień uczestnictwa obywateli w działaniach ogólnych zależy od zaufania do decydentów i powodzenia podejmowanych wcześniej inicjatyw.

Jednostka lub grupa społeczna, funkcjonując w określonej społeczności, stosuje przyjęte i akceptowane normy zachowań. Wyznacznikiem stopnia zaufania i akceptacji społecznej jednostki jest spełnianie przez nią podstawowych funkcji, takich jak:

- funkcja integrująca, pokazująca, jakie zachowania są właściwe, a jakie niewłaściwe w danej grupie (internalizacja bądź odrzucenie określonych norm);
- funkcja selekcyjna i segregacyjna, informująca, kto jest, a kto nie jest członkiem danej zbiorowości (funkcje wynikające z akcepta-

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 54.

<sup>17</sup> T. SERAFIN, S. PARZOWSKI: *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych. Programy prewencyjne w systemie bezpieczeństwa*. Warszawa: Difin, 2011, s. 210.

cji określonych norm charakterystycznych dla członków społeczności);

- funkcja aksjologiczna, uświadamiająca członkom grupy, jakie wartości i normy są akceptowane w grupie i jakich reguł postępowania należy przestrzegać, aby pozostać członkiem grupy;
- funkcja jurysdykcyjna, wyznaczająca zakres przestrzenny i granice funkcjonowania danych norm w grupie<sup>18</sup>.

Zachowanie jednostki działającej w ramach określonej grupy, zbiorowości czy środowiska lokalnego wpisuje się w szeroko pojęte dopełnienie osobowości. Zadaniem jednostek jest dążenie do:

- kształtowania warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich, ogólnych warunków rozwoju w wielu sferach życia, na przykład zdrowie, oświata, kultura, środowisko pracy;
- harmonizowania oraz godzenia rozbieżnych interesów różnych grup społecznych, a tym samym tworzenia warunków dla pokoju społecznego między kapitałem a pracą;
- obrony człowieka przed niezaspokojeniem jego potrzeb – od najbardziej podstawowych do wyższego rzędu;
- tworzenia warunków dla postępu społecznego, będącego wynikiem wspólnego działania;
- wpływania na ewolucję i zaspokajanie potrzeb;
- sprostania aktualnym potrzebom i przyszłym nieprzewidywalnym /nieoczekiwanym sytuacjom<sup>19</sup>.

Cele te muszą być realizowane z poszanowaniem zasad pomocniczości (subsydialności), czyli:

- każda instytucja/grupa winna pośpieszyć z pomocą innej, niepotrafiącej lub niemogącej samodzielnie wypełnić swojego zadania;
- pomoc powinna być tak świadczona, by wzmacniać;
- świadczenie pomocy ma służyć samopomocy.

Zasada subsydialności zakłada takie zorganizowanie państwa, „w którym kompetencje i zdolność do działania są przypisane w pierwszej ko-

<sup>18</sup> Por. B. MISZTAŁ: *Problem społeczności lokalnych w literaturze anglosaskiej*. W: *Przemiany miejskich społeczności lokalnych w Polsce*. Red. S. NOWAKOWSKI. Warszawa: PWN, 1974, s. 114–115.

<sup>19</sup> Z. WOŹNIAK: *Ramy koncepcyjno-strategiczne programu lokalnej polityki społecznej*. „Praca Socjalna” 2003, nr 2 [wydanie specjalne], s. 39.

lejności zorganizowanym grupom społecznym”<sup>20</sup>. Dopiero jeżeli wzajemna pomoc jednostek i grup samopomocowych nie będzie możliwa czy podejmowane działania nie będą wystarczające, organizacją działań pomocowych winien zająć się samorząd lokalny, a w dalszej kolejności państwo. Tę zależność można również odwrócić i uznać, że to państwo czy samorząd lokalny może inspirować mieszkańców do podejmowania inicjatyw.

Pierwszym krokiem w organizacji działań samopomocowych winno być zaktywizowanie społeczności lokalnej. Zbigniew Wierzbicki mianem aktywizacji społeczności lokalnej określa „spontanyczną, a zarazem intencjonalną działalność ludzi zamieszkujących określony obszar wydzielonej przestrzeni (wieś, miasteczko, dzielnicę), a także cały region, której celem jest zaspokojenie potrzeb w zakresie tworzenia nowych struktur oraz przyswajania nowych postaw i umiejętności”<sup>21</sup>. Oddolna inicjatywa zawiązana w celu realizacji konkretnego zamierzenia powoduje częstokroć integrację środowiska ponad podziałami. Wszelkie zmiany w obrębie społeczności lokalnej powinny dokonywać się wszystkimi siłami samej społeczności, opartymi na więzi społecznej<sup>22</sup>. Partycypacja społeczna, rozumiana jako uczestnictwo, winna mieć miejsce w chwili wystąpienia wspólnych, lub też zbieżnych interesów<sup>23</sup>, a w przypadku kwestii związanych z ochroną zdrowia niewątpliwie mamy do czynienia z dbałością o wspólne dobro wszystkich mieszkańców. Wyznacznikiem partycypacji społecznej może być stopień tworzenia różnych form samoorganizacji społecznej.

W myśl zapisów *Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*<sup>24</sup> organizacjami pozarządowymi są „osoby prawne lub jednostki nie mające osobowości prawnej, utworzone na podstawie przepi-

<sup>20</sup> M.H. KURLETKO: *Organizacje pozarządowe w działalności pożytku publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, 2008, s. 36–37.

<sup>21</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Społeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk: GWP, 2004, s. 106

<sup>22</sup> E. BIELSKA: *Status ruchów społecznych w kontekście kategorii specyficznych dla pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale Novum” 2008, no. 4, s. 21.

<sup>23</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008, s. 378.

<sup>24</sup> *Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*. Dz.U. 2003, nr 96, poz. 873.

sów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia, które nie działają w celu osiągnięcia zysku i nie są jednostkami sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów o finansach publicznych”<sup>25</sup>. Organizacje pozarządowe to „pewne struktury społeczne integrujące grupy obywateli, które cechuje wspólna dojrzała tożsamość społeczna, określony stopień zorganizowania, prywatny charakter inicjatywy, dobrowolność uczestnictwa, niezależność oraz niekomercyjność, a także (przeważnie) znaczny udział wolontariatu i istotna rola w kształtowaniu postaw ludzkich”<sup>26</sup>. Do organizacji pozarządowych zalicza się zatem: stowarzyszenia, związki stowarzyszeń, fundacje, organizacje samorządu zawodowego, organizacje samorządu gospodarczego, związki zawodowe, organizacje pracodawców, kościelne organizacje i instytucje społeczne mające osobowość prawną, a także partie polityczne<sup>27</sup>.

Dopiero od dwóch dekad społeczeństwo polskie ma możliwość tworzenia struktur działających w środowisku lokalnym<sup>28</sup>. Otworzyła się więc możliwość realizowania aspiracji grup zamieszkujących określoną ulicę, dzielnicę czy miasto. Gwałtowny rozwój grup samopomocowych, wyznaczających cele do realizacji adekwatne do potrzeb lokalnych, przyczynia się do poszerzenia obszarów aktywności ludzkiej, dlatego też szeroki zakres działalności organizacji pozarządowych, również w obszarze zdrowia, ma tak wielkie znaczenie.

W myśl obowiązujących przepisów prawnych samorządy lokalne mogą wspomagać działalność organizacji pozarządowych, jednak niektóre z samorządów, zapewne w obawie przed naruszeniem przepisów *Ustawy o finansach publicznych*, wstrzymują się z ogłaszaniem konkursów i ze zlecaniem działań własnych na podstawie art. 11 *Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*<sup>29</sup>. Artykuł ten wyraźnie stanowi, że organy administracji publicznej:

<sup>25</sup> M.H. KURLETKO: *Organizacje pozarządowe...*, s. 49.

<sup>26</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Pedagogika społeczna...*, s. 496.

<sup>27</sup> M.H. KURLETKO: *Organizacje pozarządowe...*, s. 50.

<sup>28</sup> F. BOCIAN: *Udział stowarzyszeń społecznych w przeciwdziałaniu zjawiskom patologii społecznej w środowisku lokalnym*. W: *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne (rozpoznanie i przeciwdziałanie)*. Red. A. NOWAK. Kraków: „Impuls”, 2000, s. 157.

<sup>29</sup> *Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie...*



- wspierają w sferze, o której mowa w art. 4, a więc między innymi ochrony i promocji zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 6 *Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*), realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3, prowadzące działalność statutową w danej dziedzinie;
- powierzają w sferze zadań publicznych, o której mowa w art. 4, realizację zadań publicznych organizacjom pozarządowym oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3, prowadzącym działalność statutową w danej dziedzinie<sup>30</sup>.

W art. 11 *Ustawy...* wyznacza się również sposób wspierania oraz powierzania czynności, o których mowa w ust. 1, narzucając obowiązek przeprowadzenia otwartego konkursu ofert, chyba że przepisy odrębne przewidują inny tryb zlecenia. Wprowadzono również możliwość obsługi konkursu, o którym mowa w ust. 2, poprzez zlecenie jego przeprowadzenia organizacjom pozarządowym lub podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3. *Ustawy...* W ustępie 2b art. 11 *Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* sprecyzowano ograniczenia w zakresie powierzenia poszczególnych czynności przeprowadzenia konkursu organizacjom pozarządowym, wskazując, że obsługa konkursu, o której mowa powyżej, nie obejmuje:

- ogłoszenia otwartego konkursu ofert, o którym mowa w art. 13 ust. 3;
- powołania komisji konkursowej, o którym mowa w art. 15 ust. 2a;
- wyboru ofert, o którym mowa w art. 15 ust. 2g;
- ogłoszenia wyników otwartego konkursu ofert, o którym mowa w art. 15 ust. 2h;
- zawierania umów o wsparcie realizacji zadania publicznego lub o powierzenie realizacji zadania publicznego z wyłoniionymi organizacjami pozarządowymi lub podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3;
- unieważnienia otwartego konkursu ofert, o którym mowa w art. 18a.

W otwartym konkursie ofert uczestniczą organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 *Ustawy...* Wybór zlecenia realizacji zadań publicznych w trybie, o którym mowa w ust. 2, lub w innym trybie określonym w odrębnych przepisach następuje w spo-

---

<sup>30</sup> Ibidem.

sób zapewniający wysoką jakość wykonania danego zadania. Wspieranie oraz powierzanie zadań, o których mowa w ust. 1, może nastąpić na zasadach i w trybie przepisów o partnerstwie publiczno-prywatnym albo na podstawie umów międzynarodowych, jeżeli na realizację określonego zadania publicznego będą przekazywane niepodlegające zwrotowi środki ze źródeł zagranicznych.

Współpracę z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi na terenie gminy/powiatu/województwa na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w zakresie realizacji celu nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia* deklaruje większość samorządów z terenu województwa śląskiego. Dane na ten temat zaprezentowano w tabelach 11–14.

TABELA 11

Współpraca urzędów miast na terenie województwa śląskiego  
z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi, działającymi  
na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w ramach celu operacyjnego nr 12  
*Narodowego Programu Zdrowia* (2007–2011)

Urząd miasta	2007	2008	2009	2010	2011
Będzin					×
Bielsko-Biała	×	×	×	×	×
Blachownia				×	
Brenna		×		×	
Bytom		×	×	×	×
Chorzów		×	×	×	
Cieszyn				×	
Czechowice-Dziedzice				×	
Czeladź				×	×
Częstochowa	×	×			×
Dąbrowa Górnicza			×	×	×
Gliwice	×	×	×	×	×
Imielin				×	×
Jastrzębie Zdrój	×		×	×	
Jaworzno				×	×
Katowice	×	×	×		
Knurów					×
Lubliniec			×		
Łaziska Górne					×

Urząd miasta	2007	2008	2009	2010	2011
Łazy			×		
Miasteczko Śląskie			×	×	
Mikołów				×	
Mysłowice			×		
Piekary Śląskie		×	×		
Poręba				×	
Pszów				×	
Pszczyna		×			
Pyskowice				×	
Radzionków			×	×	×
Ruda Śląska		×	×	×	×
Rybnik		×			
Rydułtowy			×		
Siemianowice Śląskie	×	×			×
Skoczów				×	×
Sosnowiec			×		×
Strumień				×	×
Szczyrk				×	
Świątchłowice		×	×		
Tarnowskie Góry				×	×
Tychy	×			×	×
Wojkowice				×	
Zabrze	×	×	×	×	×
Żory		×	×	×	
Żywiec				×	

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Wśród urzędów miast do współpracy z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami działającymi na rzecz zdrowia społeczności lokalnych we wszystkich latach obejmujących okres sprawozdawczy przyznają się urzędy miast w Bielsku-Białej, Gliwicach i Zabrzu. Cykliczną współpracę obejmującą przynajmniej trzy lata w okresie od 2008 do 2011 roku deklarują również urzędy miast w Bytomiu, Chorzowie, Częstochowie, Dąbrowie Górniczej, Jastrzębiu-Zdroju, Katowicach, Radzionkowie, Rudzie Śląskiej, Siemianowicach Śląskich,

Tychach i Żorach. 11 spośród 44 urzędów miast o współpracy z organizacjami pozarządowymi wspomina tylko w dwóch rocznikach, należą do nich urzędy miast: Brenna, Czeladź, Imielin, Jaworzno, Miasteczko Śląskie, Piekary Śląskie, Skoczów, Sosnowiec, Strumięń, Świętochłowice, Tarnowskie Góry. Pozostałe 19 urzędów miast w okresie sprawozdawczym zadeklarowało współpracę tylko w jednym roku, i to najczęściej w 2010 roku (urzędy miast: Blachownia, Cieszyń, Czechowice-Dziedzice, Mikołów, Poręba, Pszów, Pyskowice, Szczyrk, Wojkowice i Żywiec). Dla wielu jednostek była to jedyna pozycja, która została wskazana w punkcie: realizacja zadań w ramach celu nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia*. Do takich urzędów miast należą między innymi urzędy z Blachowni, Czechowic-Dziedzic, Lublińca, Łaz, Mikołowa, Poręby, Pszowa, Pyskowic, Rybnika, Rydułtowów, ze Skoczowa, z Sosnowca, Tarnowskich Gór, Wojkowic (zob. tabela 2 na s. 96–97)<sup>31</sup>.

W tabeli 12 zaprezentowano częstotliwość podejmowania współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami przez urzędy gmin.

TABELA 12

Współpraca urzędów gmin na terenie województwa śląskiego  
z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi, działającymi  
na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w ramach celu operacyjnego nr 12  
*Narodowego Programu Zdrowia* (2007–2011)

Urząd gminy	2007	2008	2009	2010	2011
Bobrowniki			×		
Bojszowy			×		
Boronów			×	×	×
Brenna					×
Chybie					×
Dębowiec			×		×
Gierałtowiec				×	
Godów					×

<sup>31</sup> Por. *Sprawozdania z lat 2007–2011 dotyczące stopnia realizacji NPZ*. Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Urząd gminy	2007	2008	2009	2010	2011
Gorzyce		×			
Hażlach					
Koszęcin			×		
Krzyżanowice				×	
Łaziska Górne				×	
Miasteczko Śląskie					×
Mykanów					×
Opatów			×		
Ornontowice				×	×
Pawłowice		×			
Piekary Śląskie					×
Pilchowice				×	
Poraj					
Rudziniec				×	
Starcza					
Świnna				×	×
Wry				×	
Zbrośławice			×	×	×
Zebrzydowice				×	×

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Deklarowana aktywność w zakresie podejmowania współpracy przez urzędy gmin nie była zbyt duża. Tylko w dwóch urzędach gmin – w Boronowie i Zbrośławicach – do współpracy dochodziło w trzech kolejnych latach, a mianowicie od 2009 do 2011 roku. Urzędy gmin Dębowiec, Ornontowice, Świnna i Zebrzydowice na współpracę z organizacjami pozarządowymi wskazywały w dwóch rocznikach obejmujących okres sprawozdawczy. Pozostałe urzędy gmin deklarują współpracę tylko w jednym roku, w aż trzech (Hażlach, Poraj i Starcza) przyznano, że do takiej współpracy nie doszło. Zestawienie danych z tabeli 12 z danymi z tabeli 3 (na s. 98) ukazuje, że w ramach realizacji celu nr 12 NPZ urzędy gmin w Hażlachu i Starczej, co prawda, współpracy z organizacjami pozarządowymi nie podejmują, ale za to jako nieliczne opracowały i wdrożyły regionalny program profilaktyki

i promocji zdrowia, a urzędy gmin w Poraju i Starczej aplikowały o dofinansowanie programów ze środków unijnych (zob. tabela 6 na s. 101).

W kolejnej tabeli zaprezentowano dane dotyczące współpracy w latach 2007–2011 urzędów miast i gmin z różnymi instytucjami i sektorem III w ramach działań na rzecz zdrowia.

TABELA 13

Współpraca urzędów miast i gmin na terenie województwa śląskiego  
z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi, działającymi  
na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w ramach celu operacyjnego nr 12  
*Narodowego Programu Zdrowia (2007–2011)*

Urząd miasta i gminy	2007	2008	2009	2010	2011
Czerwionka-Leszczyny			×	×	×
Koziegłowy				×	
Ogrodzieniec					×
Siewierz			×		
Szczekociny				×	×
Żarki			×		×

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Deklarowana przez urzędy miast i gmin współpraca z organizacjami pozarządowymi nie jest częsta i obejmuje raczej ostatnie lata. Być może stan ten wynika z dość opieszałego podejmowania zadań *Narodowego Programu Zdrowia* w zakresie aktywizacji jednostek samorządowych do działań na rzecz zdrowia społeczności lokalnych. Deklarowana przez urzędników współpraca obejmuje najczęściej lata 2010 i 2011. Jedynie Urząd Miasta i Gminy Szczekociny ma na swoim koncie podejmowanie innych działań w ramach celu nr 12 NPZ (zob. tabela 4 na s. 99).

W tabeli 14 zaprezentowane zostały dane uzyskane ze starostw powiatowych.

Na dziewięć jednostek organizacyjnych, jakimi są starostwa powiatowe, tylko jedna, w Cieszynie, podjęła współpracę na rzecz zdrowia z organizacjami non profit oraz innymi instytucjami w czterech kolejnych latach – od 2008 do 2011 roku. Dwa starostwa powiatowe: w Będzinie i Gliwicach, wskazują na współpracę w trzech rocznikach, a trzy (w Bielsku-Białej, Częstochowie i Mikołowie) deklarowały

TABELA 14

Współpraca starostw powiatowych na terenie województwa śląskiego z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi, działającymi na rzecz zdrowia społeczności lokalnych w ramach celu operacyjnego nr 12  
*Narodowego Programu Zdrowia (2007–2011)*

Starostwo powiatowe	2007	2008	2009	2010	2011
Będzin		×	×	×	
Bielsko-Biała				×	×
Bieruń					
Cieszyn		×	×	×	×
Częstochowa				×	×
Gliwice		×	×		×
Mikolów	×	×			
Racibórz		×			
Zawiercie					×

ŹRÓDŁO: Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

współpracę w dwóch rocznikach. Pozostałe jednostki współpracę z jednostkami pozarządowymi zadeklarowały tylko w jednym roku. Starostwo Powiatowe w Bieruniu nie zadeklarowało współpracy z organizacjami pozarządowymi w celu aktywizacji środowiska lokalnego na rzecz zdrowia społeczności.

Jak już wspomniano, uzyskane dane pochodzą z Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach i stanowią część sprawozdań rocznych, dotyczących stopnia realizacji *Narodowego Programu Zdrowia*. Być może dane te są niepełne i stanowią jedynie niewielki wycinek działań podejmowanych na terenie Śląska. Jednak można przypuszczać, iż skoro pewne działania mają miejsce w danym roku, to – gdyby były nadal podejmowane – znalazłaby się informacja na ten temat również w kolejnym roku, a tak nie zawsze się działo. Można przypuszczać zatem, iż szczątkowość podejmowanych inicjatyw jest raczej wynikiem braku możliwości organizacyjnych i finansowych, ale również może mieć źródło w niewystarczającym przygotowaniu osób powołanych do realizacji zadań na rzecz zdrowia społeczności.

Zadaniem samorządów jest wspieranie lokalnych projektów, inicjowanych przez mieszkańców, którym zależy na podejmowaniu wspólnych inicjatyw. Jako egzemplifikację podejmowanych przez mieszkańców działań w obszarze zdrowia zaprezentowano wykaz instytucji samopomocowych działających w obu miastach: w Chorzowie i Tychach (tabele 15 i 16). Aktualnie na terenie Chorzowa w obszarze zdrowia działa czternaście organizacji pozarządowych (głównie stowarzyszeń), w Tychach natomiast – jedenaście.

TABELA 15

Wykaz stowarzyszeń działających w obszarze spraw zdrowotnych  
na terenie Chorzowa<sup>32</sup>

Instytucja/stowarzyszenie	Adres
Chorzowskie Stowarzyszenie Pomocy „Serce”	ul. Powstańców 70
Chorzowskie Stowarzyszenie Nieśłyszących	ul. Jagiellońska 1a/3
Chorzowskie Stowarzyszenie Charytatywne „Pomoc-na Dłoń”	ul. Krótka 2/2
Polskie Stowarzyszenie Balsamistów i Laborantów Sekcyjnych	ul. Łagiewnicka 9
Polskie Towarzystwo Limfologiczne	ul. Hajducka 22
Chorzowskie Stowarzyszenie Trzeźwościowe „Feniks”	ul. Katowicka 77
Stowarzyszenie Wspólnota Amazonek „Nadzieja”	ul. Powstańców 70/2
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej „Hospicjum”	ul. Szpitalna 24
Stowarzyszenie na Rzecz Chorzowskiego Centrum Pediatrii i Onkologii „Serce dla Dziecka”	ul. Truchana 7
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło Terenowe	ul. Strzelców Bytomskich 11
Polskie Towarzystwo Lekarskie – Koło Chorzów	ul. Strzelców Bytomskich 11
Stowarzyszenie Samopomocy Chorych	ul. Mazurska 1
Dzielnicowy Ośrodek Sportu i Rekreacji „Sokolnia” im. Ryszarda Kafanke (stowarzyszenie)	ul. Mazurska 1
Stowarzyszenie „Jesteśmy Razem”	ul. Zjednoczenia 10

ŹRÓDŁO: Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta w Chorzowie.

<sup>32</sup> Stan na kwiecień 2012 roku.



TABELA 16

Tyskie organizacje pozarządowe działające w obszarze ochrony zdrowia (bez stowarzyszeń zajmujących się rehabilitacją osób niepełnosprawnych)<sup>33</sup>

Instytucja/stowarzyszenie	Adres
Stowarzyszenie „Trzeźwość życia”	ul. Nałkowskiej 19
Polski Czerwony Krzyż – Zarząd Rejonowy	ul. Budowlanych 59
Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane i ich Opiekunów i Przyjaciół – Oddział w Tychach	ul. Piłsudskiego 46/26
Stowarzyszenie Tyskiego Klubu Amazonek	ul. Filaretów 34/23
Spółeczne Stowarzyszenie „Hospicjum” im. św. Kaliksta 1	ul. Nałkowskiej 19
MENS SANA – Ośrodek Pomocy Psychologicznej, Profilaktyki i Terapii Uzależnień	ul. Bukowa 20
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Serce i Choroby Układu Krążenia „Klub Serce”	ul. Niepodległości 188
Tyski Klub Abstynentów „Bosman”	plac Wolności 3
Abstynencki Klub Żeglarski „PAPROCANY”	ul. Burszego 7/501
Stowarzyszenie Ekologiczno-Kulturalne „ZIARNO” – Oddział w Tychach	ul. Fitelberga 39/31
Stowarzyszenie na Rzecz Osób w Podeszłym Wiek „Dar Serca”	ul. Batorego 57

ŹRÓDŁO: Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia, Urząd Miasta Tychy.

Analiza samych tylko nazw organizacji pokazuje, iż działalność organizacji pozarządowych koncentruje się przede wszystkim wokół kwestii związanych z pomocą osobom chorym i ich rodzinom, głównie osobom cierpiącym na choroby cywilizacyjne, tj. nowotwory, choroby układu krążenia oraz alkoholizm. Działalność ta jest przykładem podejmowania przez mieszkańców inicjatyw, których cel stanowi poprawa dotychczasowego funkcjonowania społeczności, również w obszarze zdrowia.

Niewątpliwie konieczne wydaje się obecnie uświadomienie lokalnych środowisk w kwestii konieczności podejmowania wspólnych inicjatyw na rzecz zdrowia oraz ukazanie istoty promocji zdrowia, która

<sup>33</sup> Stan na maj 2012 roku.

w działaniach lokalnych wiąże się głównie z poprawą zdrowia fizycznego (tabele 7–10).

Wspieranie tworzenia partnerstwa na rzecz zdrowia jest nie tylko zadaniem przewidzianym do realizacji w ramach *Narodowego Programu Zdrowia*, lecz także warunkiem rozwoju idei promocji zdrowia<sup>34</sup> i tworzenia kapitału społecznego w wymiarze lokalnym. Kapitał społeczny utożsamiany jest z poziomem zaufania, lojalności i solidarności, a działania, których wynikiem jest podniesienie kapitału społecznego, określa się mianem inwestycji<sup>35</sup>. Szczególnie istotne są inwestycje czynione we wzrost zaufania i w aktywizację społeczną<sup>36</sup>. Dbłość o zaufanie i pozytywny wizerunek społeczności lokalnej spoczywa na przedstawicielach samorządu terytorialnego. Od decydentów zależy, czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu ludzie zaczną się samoorganizować, tworzyć wspólnoty i wzajemnie motywować się do konkretnych działań w celu budowania wspólnego dobra. Zatem istotne, aby decydenci byli przeświadczeni o konieczności podejmowania działań w obszarze promocji zdrowia w swoich lokalnych społecznościach. Inicjowanie zmian w kontekście pomnażania potencjału zdrowotnego jest „najlepiej osadzone w strukturach polityki samorządów terytorialnych, co wynika z doskonałego dostępu do informacji oraz motywacji do podejmowania działań zasadnych z punktu widzenia korzyści lokalnej ludności”<sup>37</sup>.

Dotychczasowe działania na terenie województwa śląskiego w zakresie realizacji celu nr 12 *Narodowego Programu Zdrowia* przez jednostki samorządowe są – co pokazano – dość nieliczne. Szczególnie dotyczy to kwestii aplikowania o środki unijne na rzecz ochrony zdrowia. Jednocześnie można zauważyć, że w kolejnych latach zwiększa

<sup>34</sup> M. CHARZYŃSKA-GUŁA: *Promocja zdrowia w społecznościach lokalnych*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008, s. 188.

<sup>35</sup> I. SKAWIŃSKA-LUTHER: *Rozwój i wykorzystanie kapitału społecznego w regionie*. W: *Kapitał społeczny w rozwoju regionu...*, s. 164.

<sup>36</sup> Ibidem, s. 165.

<sup>37</sup> Ibidem, s. 172.

się zainteresowanie decydentów podejmowaniem działań w zakresie opracowywania regionalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia, co niewątpliwie może budzić nadzieję na jeszcze większą aktywność w przyszłości. Można również uznać, że uczestnictwo mieszkańców w działaniach mających na celu promowanie zdrowia na terenie Chorzowa i Tychów nie jest popularne; wymaga to podjęcia dodatkowych starań ze strony samorządowców, które pozwolą poszerzyć zakres aktywności mieszkańców, szczególnie w kontekście działalności prozdrowotnej.

Współcześnie w wyniku procesów demokratyzacji życia społecznego rola środowiska lokalnego znacząco wzrasta, a sprawy zdrowia lokalnych środowisk powinny być priorytetowe dla wszystkich, również dla samorządowców. W tych warunkach praca pedagoga społecznego nabiera szczególnego znaczenia.

## Rola pedagoga społecznego w promowaniu zdrowia lokalnych społeczności

Określenie roli i miejsca pedagoga społecznego we współczesnej rzeczywistości społecznej wydaje się trudne do ustalenia<sup>1</sup>. Z jednej strony należałoby usytuować pedagogów społecznych w systemie polityki społecznej, natomiast z drugiej strony – w poszczególnych obszarach życia społecznego<sup>2</sup>. Jednocześnie „poszukiwanie i kształtowanie nowych wymiarów pedagogiki społecznej wymaga uwzględnienia wiedzy o zjawiskach i procesach”<sup>3</sup> dokonujących się w naszym kraju.

W sytuacji wielokierunkowych przemian społecznych pedagog znalazł się w obliczu nowych wyzwań w sensie teoretycznych koncepcji i działań praktycznych<sup>4</sup>. Zadaniem pedagoga w tej nowej rzeczywisto-

---

<sup>1</sup> A. OLUBIŃSKI: *Rola pedagoga społecznego w budowaniu humanistycznego społeczeństwa*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008, s. 105.

<sup>2</sup> Ibidem, s. 107.

<sup>3</sup> A. PRZECLAWSKA, W. THEISS: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna – kregi poszukiwań*. Red. A. PRZECLAWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1996, s. 14. Por. M. WALANCIK: *Wybrane obszary pedagogiki społecznej – bezpieczeństwo społeczne w Polsce*. V: *Vybrané problémy slovenskej a pol'skej sociálnej pedagogiky. (História – súčasnosť – perspektívy)*. Red. J. HRONCOVÁ, M. WALANCIK. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2009, s. 114; I. LEPALCZYK: *Geneza i rozwój pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. T. PILCH, I. LEPALCZYK. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995, s. 30; T. PILCH: *Pedagogika społeczna na początku XXI wieku*. „Pedagogika Społeczna” 2008, nr 4, s. 7.

<sup>4</sup> E. SYREK: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001, s. 40.

ści jest elastycznie odpowiadać na potrzeby społeczne. Pedagog społeczny nie może ograniczać się do oferowania jedynie przestarzałych, nieaktualnych działań, znacznie odbiegających od aktualnych potrzeb jednostek i grup społecznych. Z uwagi na zmieniającą się rzeczywistość polityczną, ekonomiczną czy społeczną pedagogzy społeczni, jak i reprezentanci subdyscyplin pedagogiki społecznej (na przykład pedagogiki zdrowia) niebawem okażą się przydatni w wielowymiarowych sytuacjach, szczególnie w odniesieniu do działalności związanej z kreowaniem dobrostanu i ładu publicznego<sup>5</sup>.

Podjęmowanie działań społeczno-pedagogicznych przez pedagoga społecznego ma dwa aspekty. Z jednej strony pedagog społeczny może uczestniczyć w przekształcaniu środowiska człowieka i tworzyć możliwości osiągnięcia szeroko pojętego dobra, z drugiej strony jest wykonawcą zadań przewidzianych w ramach polityki społecznej<sup>6</sup>, która narzuca określone działania i możliwości. Zagadnienia zdrowia – traktowanego jako dobro (jednostkowe/społeczne) – wymaga inicjatyw oddolnych (celem inicjatyw oddolnych jest zaspokojenie określonych potrzeb), jednocześnie stanowi jeden z elementów zdrowotnej polityki społecznej. Dlatego też pedagog społeczny, świadom zmieniania się dziedziny poznania pedagogicznego, w wymiarze nie tylko indywidualnym, lecz także społecznego funkcjonowania, winien podejmować tematy/zagadnienia obejmujące szerszy kontekst i wychodzące poza pedagogikę społeczną. Jest to ważne ze względu na możliwość interdyscyplinarnego poznania, zbadania i rozwiązania problemów, których wymiar praktyczny staje się istotny społecznie. Promocja zdrowia wpisuje się w teorię edukacyjnego działania w środowisku<sup>7</sup>, uwzględniając aktualne zadania pedagogiki społecznej wobec:

<sup>5</sup> A. RADZIEWICZ-WINNICKI, M. WALANCIK: *Przyszłość stosowanej pedagogiki społecznej (z perspektywy Polski)*. W: *W stronę przywództwa edukacyjnego. Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni*. Red. M.J. ŚMIAŁEK. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu–Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009, s. 75.

<sup>6</sup> D. URBANIAK-ZAJĄC: *Co legitymizuje (uzasadnia) działania pedagogiczno-społeczne*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego...*, s. 36.

<sup>7</sup> S. KAWULA: *Pedagogika społeczna w perspektywie zmiany społecznej w Polsce współczesnej*. W: *Czas społeczny akademickiego uczestnictwa w rozwoju i doskonaleniu civil society*. Red. E. SYREK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2010, s. 132.

- człowieka (dbałość o jego prawidłowy rozwój);
- środowiska (wyznaczającego rozwój człowieka i funkcjonowanie społeczności);
- wartości (warunkujących proces przeobrażeń człowieka i środowiska, w którym żyje);
- działań społecznych (prowadzących do modyfikacji środowiska i jego ulepszania)<sup>8</sup>.

Właściwym miejscem pracy pedagoga społecznego jest teren zamieszkania małych społeczności lokalnych<sup>9</sup>. Współcześnie społeczności lokalne przechodzą transformację, a o ich charakterze decydują częściej więzi pośrednie między członkami danej społeczności. Mówi się o zjawisku globalizującej się lokalności, którą cechuje:

- rozejście się tradycyjnych i konstruktywnych wymiarów lokalności, takich jak: terytorium, tożsamość, sieć stosunków społecznych, wzory kultury;
- osłabienie i transformacja więzi społecznych (przejście z bezpośrednich kontaktów do pośrednich w świecie wirtualnym), co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia przestrzeni we wszystkich obszarach życia;
- zmiana charakteru doświadczania bliskości przestrzennej skutkująca ambiwalentnym stosunkiem do miejsca;
- inność charakteru kategorii miejsca (jednostka może jednocześnie przynależać do różnych wspólnot);
- szczególna ranga wśród wielu podmiotów;
- wyrównywanie istotności terytorialnych – realnych i wyobrażeniowych – układów lokalnych<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Ibidem, s. 119.

<sup>9</sup> K. WOJNOWSKI: *Etyczne aspekty i moralne konteksty pracy pedagoga społecznego w środowisku lokalnym*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego...*, s. 98.

<sup>10</sup> J. KURCZEWSKA: *Robocze ideologie lokalności. Stare i nowe schematy*. W: *Oblicza lokalności. Tradycja i współczesność*. Red. J. KURCZEWSKA. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN – Instytutu Filozofii i Socjologii [Polskiej Akademii Nauk], 2004, s. 120 – podają za: M. WINIARSKI: *Przemiany lokalnego środowiska życia jako wyzwanie dla pedagogów społecznych*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego...*, s. 165–166.

Można więc mówić o współwystępowaniu globalnego i lokalnego wymiaru, tworzących szeroką i bogatą platformę życia<sup>11</sup>. Taki charakter środowiska lokalnego sprzyja wielowymiarowości kontaktów, wieloaspektowości działań, zwielokrotnieniu zasięgu podejmowanych działań oraz otwartości na inne/nowe.

Dla pedagoga społecznego tworzenie w środowisku lokalnym koalicji na rzecz promocji zdrowia może być wyzwaniem, a zarazem stanowi powinność osoby wykonującej ten zawód. Promocja zdrowia rozumiana jako interwencja w społeczeństwo<sup>12</sup> stanowić może podłoże działalności pedagoga społecznego, który – zorientowany prozdrowotnie – winien podejmować praktyczną działalność w środowisku. Już Helena Radlińska uważała, że pedagog powinien „wychowywać do zdrowia” poprzez:

- pomoc ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu i czynnikach je warunkujących;
- pomoc w kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia;
- pomoc w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania kwestiami zdrowia;
- pomoc w kształtowaniu postawy, sprzyjającej efektywnej i/lub skutecznej profilaktyce, ratownictwu, leczeniu, pielęgnacji oraz rehabilitacji;
- stosowanie higieny w życiu jednostki i zbiorowości<sup>13</sup>.

Prekursorka wychowania do zdrowia utożsamiała pedagogikę z pracą społeczną w różnych obszarach działalności, szczególną wagę przywiązywała do funkcjonowania zrzeszeń, instytucji i grup społecznych<sup>14</sup>. Również w promocji zdrowia kładzie się szczególny nacisk na

<sup>11</sup> M. WINIARSKI: *Przemiany lokalnego środowiska życia...*, s. 165–166.

<sup>12</sup> E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2001, s. 615.

<sup>13</sup> Podaję za: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 33. Por. K. FILIPCAK, J. CZERNICKI: *Problemy medycyny społecznej w ujęciu Heleny Radlińskiej – polskiego prekursora pedagogiki społecznej*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2005, nr 1, s. 65; E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej...*, s. 609.

<sup>14</sup> E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej...*, s. 613.

współpracę jednostek i grup społecznych z instytucjami i organizacjami, skupiającymi osoby, dla których sprawy zdrowia stanowią zadanie priorytetowe. Promocja zdrowia zatem nie tylko pojmowana jest jako idea czy nauka, lecz także uznawana za sztukę zbiorowych działań na rzecz zdrowia<sup>15</sup>. Tworzenie koalicji w środowisku lokalnym na potrzeby promocji zdrowia ma swoje uzasadnienie, gdyż umożliwia:

- ludziom i instytucjom udział w projektowaniu i realizacji działań, bez przyjmowania jednostkowej odpowiedzialności za ich powodzenie;
- podejmowanie i rozwijanie działań na szeroką skalę, z wykorzystaniem wsparcia społecznego;
- maksymalizowanie wysiłków jednostek i grup, mobilizowanie talentów, pozyskiwanie środków finansowych z różnych źródeł, wykorzystywanie twórczych rozwiązań;
- eliminowanie dublowania wysiłków, środków finansowych czy określonych zadań;
- elastyczne prowadzenie działań dostosowanych do zmieniającej się sytuacji społecznej<sup>16</sup>.

W koncepcji promocji zdrowia współpracować powinny osoby różnych profesji (politycy, lekarze, psychologowie, przedstawiciele biznesu, grupy społeczne itd.), wśród których pedagog społeczny może pełnić rolę lidera. Współcześnie tradycyjne role zawodowe ulegają znacznym przemianom, co powoduje konieczność tworzenia ról nowych, uwzględniających zadania z zakresu promocji zdrowia. Przed współczesnymi pedagogami społecznymi działającymi w środowisku stoją zatem nowe wyzwania<sup>17</sup>, szczególnie w sytuacji, gdy nadal nie ma zawodu edukatora zdrowia. Wiadomo natomiast, jakie kwalifikacje powinien posiadać promotor zdrowia<sup>18</sup> (tabela 17).

<sup>15</sup> D. CIANCIARA: *Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, nr 92 (1), s. 9.

<sup>16</sup> E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej...*, s. 614–615. Por. B. WOYNAROWSKA: *Koalicje w promocji zdrowia*. „Lider” 1995, nr 10, s. 4–5.

<sup>17</sup> E. SYREK: *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego...*, s. 16.

<sup>18</sup> A. BRZEZIŃSKA: *Promocja zdrowia a rozwój organizacji: podejście systemowe w promocji zdrowia*. Oprac. i tłum. na podstawie: R. GROSSMAN, K. SCALA: *Health*



Profesjonalne role w promocji zdrowia

Role	Kwalifikacje	Działania
Ekspert/badacz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• naukowa wiedza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie badań naukowych;</li> <li>• publikacja wyników;</li> <li>• przeprowadzanie ewaluacji</li> </ul>
Adwokat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umiejętność publicznego przemawiania i motywowania;</li> <li>• umiejętność współpracy z mass mediami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• marketing;</li> <li>• kształtowanie opinii publicznej przez budzenie świadomości;</li> <li>• współpraca z mass mediami</li> </ul>
Katalizator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umiejętność kształcenia innych;</li> <li>• kompetencje psychologiczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie treningów w zakresie określonych problemów zdrowotnych</li> </ul>
Facylitator zmian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umiejętności społeczne;</li> <li>• kompetencje organizacyjne;</li> <li>• zarządzanie za pośrednictwem projektów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• budowanie współpracy pomiędzy poszczególnymi sektorami i organizacjami;</li> <li>• prowadzenie negocjacji</li> </ul>

ŹRÓDŁO: A. BRZEZIŃSKA: *Promocja zdrowia a rozwój organizacji: podejście systemowe w promocji zdrowia*. Oprac. i tłum. na podstawie R. GROSSMAN, K. SCALA: *Health promotion and organizational development*. Vienna: WHO Regional Office for Europe, Health Promotion Unit, Lifestyles and Health Department, 1993. Pozyskano z: <http://www.staff.amu.edu.pl/~psiwr/wp-content/uploads/2012/12/5-Grossman-i-Scala-rozdzia%c5%82y-1-8.pdf> (27.03.2013).

Pedagog społeczny z całą pewnością może pełnić wskazane role w promocji zdrowia (wszystkie jednocześnie lub wybrane – zależnie od sytuacji), wychodząc w ten sposób naprzeciw potrzebom lokalnym. Do działań, które może inicjować i prowadzić pedagog społeczny w ramach propagowania idei promocji zdrowia w społecznościach lokalnych, należą:

- działalność diagnostyczno-wdrożeniowa;
- działalność wychowawczo-edukacyjna;
- działalność aktywizująca.

Działalność diagnostyczno-wdrożeniowa może ujawniać się w:

- opracowywaniu rzetelnej diagnozy sytuacji zdrowotnej mieszkańców (również opracowywaniu narzędzi diagnostycznych służących do poznawania potrzeb zdrowotnych);

*promotion and organizational development*. Vienna: WHO Regional Office for Europe, Health Promotion Unit, Lifestyles and Health Department, 1993, s. 13. Pozyskano z: <http://www.staff.amu.edu.pl/~psiwr/wp-content/uploads/2012/12/5-Grossman-i-Scala-rozdzia%c5%82y-1-8.pdf> (27.03.2013).

- przygotowywaniu programów promocji zdrowia w środowisku lokalnym;
- koordynowaniu prac związanych z realizacją programów zdrowotnych;
- projektowaniu narzędzi ewaluacyjnych.

Podjęcie odpowiednich działań zorientowanych na promocję zdrowia zależy od kilku czynników<sup>19</sup>, z których istnienia pedagog społeczny zdaje sobie sprawę i do których uwzględnienia jest przygotowany. Po pierwsze, trzeba wiedzieć, co się chce zrobić, a to uzależnione jest od rzetelnej diagnozy sytuacji zdrowotnej danej społeczności (pedagog społeczny posiada odpowiednie kwalifikacje w zakresie organizowania środowiskowych badań diagnostycznych<sup>20</sup>). Po drugie, należy posiadać wiedzę, co można zrobić, a to jest konsekwencją wiedzy na temat skuteczności określonych strategii działania. Po trzecie, należy mieć szansę na praktyczną realizację zamierzeń, a to z kolei zależy od sytuacji politycznej, ekonomicznej i społecznej, która może być swoistego rodzaju wyzwaniem (na przykład prowadzenie badań dotyczących wpływu polityki na zdrowie publiczne i promocję zdrowia może przyczynić się do zwiększenia świadomości decydentów ich roli w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa). Po czwarte, należy pozyskać odpowiednie zasoby (zasoby ludzkie i środki finansowe); tu znaczenia nabiera pedagoga umiejętność aktywizowania lokalnej społeczności.

Głównym celem działań w zakresie promocji zdrowia powinno być opracowywanie i wdrażanie kompleksowych programów edukacji zdrowotnej ukierunkowanych na podstawowe dla kształtowania zdrowia środowisko społeczne<sup>21</sup>. Działalność wychowawczo-edukacyjna pedagoga społecznego w tej sferze może przejawiać się współtworzeniem oferty edukacyjnej dla dzieci w przedszkolach, szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, która ukierunkowana byłaby na kształtowanie umiejętności związanych ze zdrowiem fizycznym i umiejętności

---

<sup>19</sup> D. CIANCARA: *Trzy dekady promocji zdrowia...*, s. 11.

<sup>20</sup> E. SYREK: *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia...*, s. 216.

<sup>21</sup> Podaję za: E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008, s. 25.

dotyczących zdrowia psychospołecznego (tzw. umiejętności życiowych). Kształtowanie umiejętności życiowych polega na tworzeniu warunków sprzyjających nabywaniu wiedzy i umiejętności oraz modelowaniu właściwych postaw ułatwiających budowanie i rozwijanie zdrowego stylu życia. Umiejętności życiowe stanowią zdolności do przystosowania i pozytywnego zachowania, dzięki którym możliwe jest skuteczne radzenie sobie jednostki z wyzwaniami codziennego życia. Umiejętności życiowe to w szczególności: psychospołeczne kompetencje i interpersonalne umiejętności pomagające ludziom w podejmowaniu słusznych decyzji, rozwiązywaniu problemów, krytycznym i kreatywnym myśleniu, skutecznym komunikowaniu się, budowaniu zdrowych relacji z innymi oraz radzeniu sobie i zarządzaniu własnym życiem w zdrowy i efektywny sposób<sup>22</sup>. Edukowanie w tym zakresie od najmłodszych lat będzie sprzyjało nie tylko utrzymywaniu zdrowia, lecz także jego pomnażaniu. Wprawdzie od 2008 roku edukacja zdrowotna jest uwzględniana w *Podstawie programowej*<sup>23</sup> i przewidziana do realizacji przez nauczycieli wychowania fizycznego na poziomie szkoły gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, a w szkole podstawowej treści dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej poruszane są na wielu przedmiotach, niemniej potrzeby w zakresie edukowania do zdrowia są znacznie większe. Aktualnie jesteśmy świadkami rozprzestrzeniania się czynników ryzyka, które mają liczne negatywne skutki dla zdrowia społeczności (na przykład wysokie wskaźniki chorobowości i śmiertelności z powodu chorób cywilizacyjnych<sup>24</sup>, szczególnie chorób układu krążenia i chorób nowotworowych). Konieczne jest zatem podejmowanie licznych działań, które mają ograniczać te

<sup>22</sup> Umiejętności życiowe – ważny komponent szkoły przyjaznej dziecku. Oprac. V. TODOROVSKA-SOKOLOVSKA. Pozyskano z: [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105) (24.07.2012).

<sup>23</sup> Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli. Red. B. WOYNAROWSKA. Pozyskano z: [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105) (10.02.2013).

<sup>24</sup> L. FRĄCKIEWICZ: *Polityka społeczna wobec promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. RATAJCZAK, I. HESZEN-NIEJODEK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997, s. 91.

niepokojące tendencje<sup>25</sup>. Zwielokrotnienie oddziaływań edukacyjnych w sferze promocji zdrowia może przyczynić się do poprawy stanu wiedzy na ten temat i zdobycia nowych umiejętności nie tylko przez uczniów, lecz także przez ich rodziców.

Edukacja zdrowotna może, a nawet powinna być prowadzona ustawicznie. Działania skierowane do osób dorosłych mogą przybierać formę szkoleń, warsztatów, prelekcji itp. (na przykład organizowanych przez zakłady pracy). Ponadto pedagog społeczny może współorganizować kampanie społeczne<sup>26</sup> o tematyce zdrowotnej, skierowane również do osób w podeszłym wieku.

Ostatnim proponowanym obszarem działań pedagoga społecznego jest aktywizowanie mieszkańców i władz samorządowych do podejmowania inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia społeczności lokalnej. Angażowanie ludzi i sił społecznych<sup>27</sup> w działania mające poprawić kondycję społeczeństwa ma swoje korzenie w klasycznej pedagogice Heleny Radlińskiej: „Liczne przykłady wskazują, że siły jednostek stają się częścią wielkiej całości narodowej, poprzez skupianie w większej grupie, w której żyją i działają [...], i że osiągnięcie celów społecznych wychowania jest możliwe przy poszanowaniu grup istniejących i spożytkowaniu dla celów ogólnych ich więzi wewnętrznej”<sup>28</sup>.

Dobłą okazją do propagowania idei promocji zdrowia w środowisku lokalnym może być współorganizowanie klubów zdrowia, serwisów internetowych<sup>29</sup> oraz festynów o tematyce zdrowia, współtworzenie akcji

<sup>25</sup> D. CIANCARA: *Trzy dekady promocji zdrowia...*, s. 12.

<sup>26</sup> A. PIASECKA: *Skuteczność prozdrowotnych kampanii społecznych. Perspektywa public relations*. W: *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Red. B. JACENNIK. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2010, s. 73.

<sup>27</sup> „Siły społeczne to czynniki i wartości, które funkcjonują w środowisku w postaci jednostkowych i zbiorowych, jawnych bądź ukrytych uzdolnień wyrażających się w pozytywnym działaniu”. Cyt. za: E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia...*, s. 62. Por. J. MODRZEWSKI: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo naukowe UAM, 2004, s. 247.

<sup>28</sup> Cyt. za: B. CYRAŃSKI: *Aksjologiczne podstawy pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej. Przykład zastosowania interpretacji hermeneutycznej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 111.

<sup>29</sup> B. AOUIL, E. WOJAS, P.P. KARBOWNICZEK: *Edukacja i promocja zdrowia fizycznego i psychicznego online na przykładzie funkcjonowania poradni internetowej*. W:

prozdrowotnych w lokalnej prasie czy poszukiwanie twórczych sposobów na pozyskiwanie środków finansowych na działalność prozdrowotną (na przykład współpraca z operatorami telefonii komórkowej, portalami internetowymi). Większa świadomość potrzeb oraz wzrost zaangażowania mieszkańców niewątpliwie będą sprzyjać inicjowaniu przez władze samorządowe wielokrotnionych działań, a tworzenie wspólnych koalicji na rzecz zdrowia skutkować będzie lepszym zdrowiem jednostek i całej społeczności lokalnej, co pozwoli uniknąć znacznych strat ludzkich i kapitałowych oraz przyczyni się do większego dobrobytu, również w skali kraju<sup>30</sup>. Zadania pedagoga społecznego można zaprezentować w formie schematu (rys. 4).

Pedagog społeczny powinien również być świadomy konieczności działania motywowanego wartościami etycznymi<sup>31</sup>. Jest to szczególnie ważne na etapie diagnozowania. Analiza danych wymaga od pedagoga rzetelnej wiedzy oraz umiejętności interpretacji i przewidywania konsekwencji zaistniałych stanów rzeczy. Pedagog społeczny musi zdawać sobie sprawę z obligatoryjnych wartości i zasad etyki, cechujących wszystkich przedstawicieli profesji związanych z działaniami wobec ludzi (relacje międzyludzkie w każdym przypadku mają wymiar etyczny). Do obligatoryjnych wartości i zasad etyki należą:

- permanentne podnoszenie wiedzy, umiejętności i kompetencji zawodowych;
- przestrzeganie praw i godności ludzkiej;
- zapewnienie szczerości i uczciwości w trakcie diagnozowania;
- poszanowanie dla odmienności;
- wzmacnianie poczucia samooceny;
- poszanowanie niezależności własnej badacza;
- podmiotowe traktowanie;
- cenień prawości, bezstronności i szacunku wobec podmiotu diagnozy i danych;

---

*Media – komunikacja – zdrowie – wyzwania – szanse – zagrożenia.* Red. B. AOUIL, W.J. MALISZEWSKI. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2008, s. 178.

<sup>30</sup> Podaję za: D. CIANCIARA: *Trzy dekady promocji zdrowia...*, s. 12.

<sup>31</sup> K. WOJNOWSKI: *Etyczne aspekty i moralne konteksty pracy pedagoga społecznego w środowisku lokalnym*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego...*, s. 99.



Rys. 4. Zadania pedagoga społecznego w obszarze promocji zdrowia

ŹRÓDŁO: opracowanie własne.

- troska o prestiż i poziom wykonywanych działań;
- odpowiedzialność za dobór metod, technik i narzędzi badawczych<sup>32</sup>;
- odpowiedzialność za projektowanie narzędzi badawczych i ewaluacyjnych;
- odpowiedzialność za zastosowanie prawidłowego modelu badawczego;
- odpowiedzialność za analizę i interpretację materiału badawczego;
- odpowiedzialność za dobór metod i technik pracy itp.

<sup>32</sup> M. GUZIK-TKACZ: *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2011, s. 34–37. Por. E. JAROSZ, E. WYSOCKA: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2006, s. 42–43.

Ważne jest również, aby pedagog społeczny zajmujący się promocją zdrowia był wrażliwy na sprawy zdrowia, jednocześnie stanowił żywy przykład zastosowania prozdrowotnego stylu życia. Osobiste przekonania i nawyki umożliwią osobie wykonującej zawód pedagoga społecznego sprawniejsze poruszanie się podczas planowania i organizowania działań z obszaru promocji zdrowia. Za podsumowanie rozważań dotyczących powinności pedagoga społecznego najlepiej posłużą słowa Heleny Radlińskiej:

Pedagogika społeczna zajmuje się przede wszystkim wpływem uświadamiania potrzeb na ich wartościowanie, rolą sprawności w ich zaspokajaniu. Przyjmowanie wartości nie tylko jako wiedzy o skarbach, które gdzieś dla kogoś istnieją, lecz również jako prawdziwej, użytkowej własności, jako podniety do czynu, jest możliwe tylko wtedy, gdy te wartości są pożądane, gdy ich utrzymywanie lub ich zdobywanie stało się koniecznością duchową<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> H. RADLIŃSKA: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego: szkice z pedagogiki społecznej*. Warszawa: „Nasza Księgarnia”, 1935, s. 43.

## Bibliografia

- AMBROZIAK W.: *Wychowawcze funkcjonowanie średniego miasta uprzemysłowionego*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1991.
- ANDRUSZKIEWICZ A., BANASZKIEWICZ M.: *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- ANDRUSZKIEWICZ A., BANASZKIEWICZ M.: *Zakład pracy promujący zdrowie. Zdrowe miejsce pracy*. W: *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- ANTONOVSKY A.: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. Tłum. J. ŁUCZYŃSKI. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SĘK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- ANTONOVSKY A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005.
- AOUIL B., WOJAS E., KARBOWNICZEK P.P.: *Edukacja i promocja zdrowia fizycznego i psychicznego online na przykładzie funkcjonowania poradni internetowej*. W: *Media – komunikacja – zdrowie – wyzwania – szanse – zagrożenia*. Red. B. AOUIL, W.J. MALISZEWSKI. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2008.
- AULEYTNER J.: *Polityka społeczna w Polsce i w świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, 2011.
- BANDURA A.: *Social foundations of thought and action. A social cognitive model*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1981.



- BAŃKA A.: *Spółeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2002.
- BARIĆ L., OSIŃSKA H.: *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i praktyków*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, 2006.
- BIELSKA E.: *Status ruchów społecznych w kontekście kategorii specyficznych dla pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale Novum” 2008, no. 4.
- BOCIAN F.: *Udział stowarzyszeń społecznych w przeciwdziałaniu zjawiskom patologii społecznej w środowisku lokalnym*. W: *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne (rozpoznanie i przeciwdziałanie)*. Red. A. NOWAK. Kraków: „Impuls”, 2000.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: „Impuls”, 2006.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K., KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K.: *The new perspectives of Health Promoting Schools development – current situation in Europe and Poland*. „The Educational Review” 2010, no. 2.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K., KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K.: *Założenia i perspektywy rozwoju sieci Szkół Promujących Zdrowie (w kontekście systemowych zmian w obszarze edukacji zdrowotnej)*. W: *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. BILSKI. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, 2010.
- BOURDIEU P.: *The forms for Capital*. In: *Handbook of theory and research in the sociology of education*. Ed. J.G. RICHARDSON. New York: Greenwald Press, 1986.
- BRZEZIŃSKA E.: *Aktywizujące metody nauczania*. W: *Aktywne metody nauczania w szkole wyższej*. Red. M. JAROSZEWSKA, D. EKIERT-OLDROYD. Poznań: Nakom, 2002.
- BULSKA J.: *Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, 2008.
- BULSKA J.: *Zagrożenie zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Kraków: „Impuls”, 2008.
- CHARZYŃSKA-GULA M.: *Promocja zdrowia w społecznościach lokalnych*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.

- CHMIEŁOWSKI B.: *Perspektywy pedagogiki społecznej jako nauki wobec wyzwań cywilizacyjnych przełomu stuleci*. W: *Pedagogika społeczna. Pytania o XXI wiek*. Red. A. PRZECŁAWKA, W. THEISS. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1999.
- CIANCIARA D.: *Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, nr 92 (1).
- CIANCIARA D.: *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.
- CICHOSZ M.: *Pedagogika społeczna w Polsce w latach 1945–2005. Rozwój – obszary refleksji i badań – koncepcje*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2006.
- COLEMAN J.B.: *Social capital in the creation of human capital*. „American Journal of Sociology” 1988, vol. 94.
- CYRAŃSKI B.: *Aksjologiczne podstawy pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej. Przykład zastosowania interpretacji hermeneutycznej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- DE LEEUW E.: *Evidence for Healthy Cities: Reflections on practice, method and theory*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.
- DEMEL M.: *Początki higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego*. W: *Historia wychowania*. Red. Ł. KURDYBACHA. T. 2. Warszawa: PWN, 1967.
- DOMAŃSKI H. et al.: *Metodologia badań nad stratyfikacją społeczną*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2012.
- DOORIS M.: *Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness*. „Health Promotion International” 2006, vol. 21, no. 1.
- DURAJ-NOWAKOWSKA K.: *Między integracją a dezintegracją pedagogiki społecznej: na użytek familiologii*. W: *Rodzina. Diagnoza, profilaktyka i wsparcie*. Red. K. DURAJ-NOWAKOWSKA, U. GRUCA-MIASIK. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009.
- DURAJ-NOWAKOWSKA K.: *Pedagogika społeczna między integracją a dezintegracją*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009.
- DYONIZIAK R. et al.: *Spółeczeństwo w procesie zmian. Zarys socjologii ogólnej*. Wyd. 3. rozszerzone i uzupełnione. Kraków–Szczecin–Zielona Góra: Zachodnie Centrum Organizacji, 1997.
- FETLIŃSKA J.: *Historia promocji zdrowia w Polsce*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- FETLIŃSKA J.: *Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i po-*

- łożnictwo. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- FILIPCZAK K., CZERNICKI J.: *Problemy medycyny społecznej w ujęciu Heleny Radlińskiej – polskiego prekursora pedagogiki społecznej*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2005, nr 1.
- FRĄCKIEWICZ L.: *Polityka społeczna wobec promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. RATAJCZAK, I. HESZEN-NIEJODEK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- FRĄCKIEWICZ L.: *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*. Wybór i oprac. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, K. ZAMORSKA. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2003.
- FRĄCKIEWICZ-WRONKA A.: *Samorządowa polityka ochrony zdrowia*. W: *Samorządowa polityka społeczna*. Red. A. FRĄCKIEWICZ-WRONKA. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, 2002.
- FUKUYAMA F.: *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Przeł. A. i L. ŚLIWA. Warszawa–Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- GAJOWIAK M.: *Kapitał społeczny w świetle literatury*. W: *Kapitał społeczny w rozwoju regionu*. Red. E. SKAWIŃSKA. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- GAŚ Z.B.: *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 1998.
- GŁABICKA K.: *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*. Radom: Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, 2004.
- GODLEWSKI D., MICHALAK J., SCHREIBER T.: *Projektowanie badań przesiewowych w onkologii*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2005, nr 86 (1).
- GOLA W.: *Relacja organizacji pozarządowych z sektorem publicznym. Promocja aktywności społecznej czy upaństwowienie trzeciego sektora*. W: *Wielowymiarowość przestrzeni i środowisk wychowawczych*. Red. W. THEISS, M. WINIARSKI. Warszawa: „Pedagogium” – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, 2011.
- GOLINOWSKA S.: *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*. Warszawa: Poltext, 2000.
- GOLINOWSKA S.: *Teoretyczne podstawy działania organizacji pozarządowych*. W: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*. Wybór i oprac. L. DZIEWIĘCKA-

- BOKUN, K. ZAMORSKA. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2003.
- GOODE W.J., HATT P.K.: *Monograficzne badania terenowe*. W: *Metody badań socjologicznych*. Red. S. NOWAK. Warszawa: PWN, 1965.
- GÓRNIK-DUROSE M.: *Konteksty i pogranicza – inspiracje dla psychologii zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia: Konteksty i pogranicza*. Red. M. GÓRNIK-DUROSE, J. MATEUSIAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011.
- GÓRNIKOWSKA-ZWOLAK E.: *Przeobrażenia środowisk lokalnych*. W: *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Red. A. RADZIEWICZ-WINNICKI. Katowice: ZSPM-Press, 1992.
- GRABOWSKI J.: *Charakterystyka systemu ochrony zdrowia w Polsce*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOINA. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, 2006.
- GREEN G. et al.: *City health development planning*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.
- GREEN G. et al.: *Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.
- GUZIK-TKACZ M.: *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2011.
- GUZY-STEINKE H.: *Relacje sąsiedzkie w środowisku lokalnym*. W: *O przesłaniu edukacyjnej. Chaos – żywioły – ład. Parerga*. Red. K. WOJNOWSKI, M. MARCINKOWSKI. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009.
- HANCOCK T., PERKINS F.: *The Mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health promotion*. In: *Health promotion. A resource book*. Eds. R. ANDERSON, J. KICKBUSCH. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
- HESZEN-NIEJODEK I.: *Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. RATAJCZAK, I. HESZEN-NIEJODEK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- HEWARD S., HUTCHINS CH., KELEHER H.: *Organizational change – key to capacity building and effective health promotion*. „Health Promotion International” 2007, vol. 22, no. 2.
- IDCZAK H.: *Szpital Promujący Zdrowie*. W: *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne pod-*

- stawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- JABŁOŃSKI L.: *Mierniki zdrowia*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola: Wydział Nauk Społecznych KUL, Filia w Stalowej Woli, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, 2000.
- JACHIMOWICZ-WOŁOSZYNEK D.: *Polityka zdrowotna a promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- JACHIMOWICZ-WOŁOSZYNEK D.: *Profilaktyka jako element promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- JAŁOWIECKI B., SZCZEPAŃSKI M.S.: *Rozwój lokalny i regionalny w perspektywie socjologicznej*. Tychy: Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, 2002.
- JANKOWSKI D.: *Dylematy identyfikacji, uczestnictwa i dystansu w przestrzeni społeczno-kulturowej*. W: *O przestrzeni edukacyjnej*. *Chaos – żywioły – ład*. Parerga. Red. K. WOJNOWSKI, M. MARCINKOWSKI. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009.
- JANUSZEWICZ P.: *Żywnienie i zdrowie publiczne*. W: *Żywnienie w zdrowiu publicznym*. Red. P. JANUSZEWICZ, P. SOCHA, A. MAZUR. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009.
- JAROSZ E., WYSOCKA E.: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2006.
- JOPKIEWICZ A., WRÓBLEWSKI P.: *Aktywność fizyczna i zdrowie*. W: *Auksologia a promocja zdrowia*. Red. A. JOPKIEWICZ. Kielce–Warszawa: Kieleckie Towarzystwo Naukowe–ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna, 2010.
- KAKAREKO K.: *Europejskie normatywne determinanty polityki zdrowotnej i próby jej realizacji w polskim systemie prawnym*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.
- KANTYKA S.: *Organizacje pozarządowe – partner samorządu*. W: *Samorządowa polityka społeczna*. Red. A. FRĄCKIEWICZ-WRONKA. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, 2002.

- KARSKI J.B.: *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*. Wyd. 2. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2009.
- KARSKI J.B.: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2008.
- KARSKI J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. 5. Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2011.
- KARSKI J.B.: *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*. Warszawa: CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, 2009.
- KARSKI J.B.: *Szpital Promujący Zdrowie*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Wydawnictwo Ignis, 1999.
- KAWULA S.: *Pedagogika społeczna i jej wyzwania na początku XXI w.* W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MARYNOWICZ-HETKA. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- KAWULA S.: *Pedagogika społeczna w perspektywie zmiany społecznej w Polsce współczesnej*. W: *Czas społeczny akademickiego uczestnictwa w rozwoju i doskonaleniu civil society*. Red. E. SYREK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2010.
- KAWULA S.: *Pedagogika społeczna w początkach XXI wieku: perspektywa integracji i społeczeństwa ryzyka*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. KROMOLICKA, A. RADZIEWICZ-WINNICKI, M. NOSZCZYK-BERNASIEWICZ. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętki w Katowicach, 2007.
- KAWULA S.: *Współczesna pedagogika społeczna w perspektywie ontologicznej i aksjologicznej*. W: *Pedagogika społeczna i jej współczesne konteksty*. Red. G. ORZECOWSKA. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, 2008.
- KLIMOWICZ A.: *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*. W: *Poradnik edukatora*. Red. M. OW CZARZ. Warszawa: CODN, 2005.
- KORPOROWICZ V.: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2008.
- KOSAKOWSKI C.: *Promocja zdrowia – nowe wyzwania dla nauk o wychowaniu*. W: *Nauki o wychowaniu a promocja zdrowia*. Red. Z. CZAPLICKI, W. MUZYKA. Olsztyn: Pracownia Badań Społecznych, 1997.
- KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K.: *Choroby układu krążenia – diagnoza i przeciwdziałanie w społecznościach lokalnych miast średniej wielkości*. W: *Edukacja w społeczeństwie „ryzyka”. Bezpieczeństwo jako wartość*. Red. M. GWOŹDZICKA-PIOTROWSKA, A. ZDUNIAK. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2007.

- KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K.: *Identyfikacja i rozwiązywanie problemów zdrowotnych społeczności lokalnych z perspektywy pedagoga społecznego*. „Auxilium Sociale Novum” 2011, no. 1–2.
- KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K.: *Profilaktyka i promocja zdrowia w środowisku (na przykładzie miasta Tychy) a choroby układu krążenia*. W: *Edukacja społeczna wobec problemów współczesnego człowieka i społeczeństwa*. Red. J. PIEKARSKI et al. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2010.
- KOWALSKI S.: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa: PWN, 1974.
- KOZIERKIEWICZ A.: *Użyteczność mierników i wskaźników*. W: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. HRYNKIEWICZ. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2001.
- KRAWAŃSKI A.: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001.
- KULIK T.B.: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WRÓŃSKA. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli, 2000.
- KULINOWSKI D.: *Przyrodnicze i humanistyczne podstawy badań pedagogicznych*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. PALKA. Gdańsk: GWP, 2010.
- KULMATYCKI L.: *Szacowanie wartości programów zdrowotnych zgłoszonych do realizacji – na podstawie doświadczeń dolnośląskich*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2005, nr 86 (2).
- KURCZEWSKA J.: *Robocze ideologie lokalności. Stare i nowe schematy*. W: *Oblicza lokalności. Tradycja i współczesność*. Red. J. KURCZEWSKA. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN – Instytutu Filozofii i Socjologii [Polskiej Akademii Nauk], 2004.
- KURLETO M.H.: *Organizacje pozarządowe w działalności pożytku publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, 2008.
- KUROWSKA A.: *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Difin, 2011.
- LAFOND L.L., HERITAGE Z.: *Nationals networks of Healthy Cities in Europe*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.
- LASKOWSKA I.: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- LAWRENCE R.J., FUDGE C.: *Healthy Cities in a global and regional context*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.



- LEPALCZYK I.: *Geneza i rozwój pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. T. PILCH, I. LEPALCZYK. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995.
- LEŚ E.: *Rola trzeciego sektora w polityce społecznej*. W: *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- LEWICKI C.: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006.
- LEWICKI C.: *Rodzina w procesie edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży*. W: *Rodzina. Diagnoza, profilaktyka i wsparcie*. Red. K. DURAJ-NOWAKOWSKA, U. GRUCA-MIAŚIK. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009.
- LEŻNICKA M.: *Zdrowe Miasto, Zdrowa Gmina, Województwo Promujące Zdrowie*. W: *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. T. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2008.
- LUTYŃSKI J.: *Metody badań społecznych*. Wybrane zagadnienia. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe, 1994.
- MAGNUSZEWSKA-OTULAK G.: *Kryzys zdrowotny czy kryzys ochrony zdrowia?* W: *Polityka społeczna w kryzysie*. Red. M. KSIĘŻOPOLSKI, B. RYSZ-KOWALCZYK, C. ŻOŁĘDOWSKI. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009.
- MAGNUSZEWSKA-OTULAK G.: *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*. W: *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- MALINOWSKI A.: *Refleksje na temat stanu biologicznego i ontogenezy Polaków w perspektywie historycznej i środowiskowej*. W: *Auksologia a promocja zdrowia*. Red. A. JOPKIEWICZ. T. 5. Kielce–Warszawa: Kieleckie Towarzystwo Naukowe–ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna, 2010.
- MARCINKOWSKI M.: *Przestrzeń edukacyjna w dyskursie interdyscyplinarnym. Post scriptum*. W: *O przestrzeni edukacyjnej. Chaos – żywioły – ład*. Parerga. Red. K. WOJNOWSKI, M. MARCINKOWSKI. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009.
- MARCINKOWSKI M.: *Rodzina, szkoła i środowisko w edukacji do kultury fizycznej i promocji zdrowia*. W: *Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni edukacyjnej (inspiracje...)*. Red. J. MODRZEWSKI, M.J. ŚMIAŁEK, K. WOJNOWSKI. Kalisz–Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2008.



- MARKOWSKI D.: *Endogenne i egzogenne czynniki rozwoju środowiska lokalnego*. W: *Społeczne aspekty transformacji ustrojowej*. Red. M. MALIKOWSKI. Rzeszów: Wydawnictwo WSP, 1997.
- MARYNOWICZ-HETKA E.: *Kilka uwag w sprawie wieloparadygmatyczności pedagogiki społecznej*. W: *Szkoły polskiej pedagogiki społecznej wobec nowych wyzwań. Polska pedagogika społeczna na początku XXI wieku*. Red. E. KANTOWICZ, B. CHROSTOWSKA, M. CICZKOWSKA-GIEDZIUN. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, 2010.
- MARYNOWICZ-HETKA E.: *Zintegrowany paradygmat analizy działania pedagoga społecznego w kierunku transwersalności pedagogiki społecznej*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- MAXIMIN A., STEVIC-RUST L., WHITE KENYON L.: *Choroby serca. Powrót do zdrowia*. Przekł. J. BARTOSIK, M. KALINOWSKI. Gdańsk: GWP, 2002.
- MAZUR J.: *Polityka zdrowotna a poprawność polityczna*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.
- MAZURKIEWICZ E.: *Diagnostyka w pedagogice społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. I. LEPALCZYK, T. PILCH. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995.
- MCQUEEN D.V., DE SALAZAR L.: *Health promotion, the Ottawa Charter and „developing personal skills”: A compact history of 25 years*. „Health Promotion International” 2011, vol. 26, no. S2.
- MISZTAŁ B.: *Problem społeczności lokalnych w literaturze anglosaskiej*. W: *Przemiany miejskich społeczności lokalnych w Polsce*. Red. S. NOWAKOWSKI. Warszawa: PWN, 1974.
- MODRZEWSKI J.: *Antynomia społecznej partycypacji i ekskluzji (w doświadczeniu społeczeństw postkomunistycznych)*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Wydawnictwo Ars Atelier, 2008.
- MODRZEWSKI J.: *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2004.
- MODRZEWSKI J.: *Studia i szkice socjopedagogiczne. Aktualia*. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu–Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2011.
- OKÓLSKI M., FIHEL A.: *Demografia. Współczesne zjawiska i teorie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2012.

- OKULICZ-KOZARYN K., BORUCKA A.: *Opracowywanie i ewaluacja programów promocji zdrowia psychicznego na przykładzie programu wczesnej profilaktyki alkoholowej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2000, nr 4, suplement 1: Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i praktyka [red. A. SITO, M. BERKOWSKA].
- OLKOWSKA A.: *Działania promujące zdrowe żywienie – przegląd głównych strategii*. W: *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Red. B. JACENNIK. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2010.
- OLUBIŃSKI A.: *Rola pedagoga społecznego w budowaniu humanistycznego społeczeństwa*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- OLUBIŃSKI A.: *Siły społeczne – szanse i mity*. W: *Pedagogika społeczna. Pytania o XXI wiek*. Red. A. PRZECŁAWKA, W. THEISS. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1999.
- ORNYCH-TABĘDZKA M., ROŚLEWSKI A.: *Monitorowanie ochrony zdrowia – projekt miejski analiz samorządowych*. W: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. HRYNKIEWICZ. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2001.
- PALKA S.: *Badania z pogranicza pedagogiki i innych nauk*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. PALKA. Gdańsk: GWP, 2010.
- PALKA S.: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: GWP, 2006.
- PATRICK R., CAPETOLA T., TOWNSEND M., NUTTMAN S.: *Health promotion and climate change: exploring the core competencies required for action*. „Health Promotion International” 2012, vol. 27, no. 4.
- PIASECKA A.: *Skuteczność prozdrowotnych kampanii społecznych. Perspektywa public relations*. W: *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Red. B. JACENNIK. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2010.
- PIĄTKOWSKI W.: *Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002.
- PIEKARSKI J.: *Warunki uczestnictwa społecznego – pytanie o perspektywę pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. KROMOLICKA, A. RADZIEWICZ-WINNICKI, M. NOSZCZYK-

- BERNASIEWICZ. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętka w Katowicach, 2007.
- PIKE S., FORSTER D.: *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 1998.
- PILCH T.: *Pedagogika społeczna na początku XXI wieku*. „Pedagogika Społeczna” 2008, nr 4.
- PILCH T.: *Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. T. PILCH, I. LEPALCZYK. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1995.
- PODGÓRECKI A.: *Charakterystyka nauk praktycznych*. Warszawa: PWN, 1962.
- Polityka społeczna. Teorie, pojęcia, problemy*. Red. M. LAVALETTE, A. PRATT. Warszawa: Difin, 2010.
- POPIELSKI K.: *Zdrowie i choroba w kontekście bycia, rozwoju i stawania się egzystencji podmiotowo-osobowej*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.
- Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Oprac. Z. SŁOŃSKA, M. MISIUNA. Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1993.
- Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Red. H. WRONA-POLAŃSKA, J. MASTALSKI. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2009.
- PRZECŁAWSKA A., THEISS W.: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna – kręgi poszukiwań*. Red. A. PRZECŁAWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 1996.
- PUCHAŁSKI K.: *Promocja zdrowia w Polsce w obliczu procesów medykalizacji. Przedmiot oraz kontekst dla badań z pogranicza psychologii i socjologii zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia: konteksty pogranicza*. Red. M. GÓRNIK-DUROSE, J. MATEUSIAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011.
- PUCHAŁSKI K.: *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania*. W: *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Red. E. KORZENIOWSKA, K. PUCHAŁSKI. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 2010.
- RADLIŃSKA H.: *Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego: szkice z pedagogiki społecznej*. Warszawa: „Nasza Księgarnia”, 1935.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Kręgi tematyczne badań i analiz pedagogów społecznych okresu transformacji*. W: *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*. Red. B. KROMOLICKA, A. RADZIEWICZ-WINNICKI,

- M. NOSZCZYK-BERNASIEWICZ. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętka w Katowicach, 2007.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Katowice: „Śląsk”, 1995.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Modernizacja środowisk lokalnych w świetle zmiany społecznej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MARYNOWICZ-HETKA. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Spółeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*. Gdańsk: GWP, 2004.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A., WALANCIK M.: *Przyszłość stosowanej pedagogiki społecznej (z perspektywy Polski)*. W: *W stronę przywództwa edukacyjnego. Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni*. Red. M.J. ŚMIAŁEK. Poznań–Kalisz: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu–Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009.
- RAEBURN J. et al.: *Community capacity building and health promotion in a globalized world*. „Health Promotion International” 2007, vol. 21, no. S1.
- REBIAŁKOWSKA-STANKIEWICZ M.: *Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej piersi – analiza deficytów i nadmiaru wsparcia w aspekcie sieci społecznej*. W: *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*. Red. M. KUCHCIŃSKA. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, 2004.
- ROGERS E.: *Diffusion of innovation*. New York: Free Press, 1962.
- ROOTMAN I. et al.: *A framework for health promotion evaluation*. In: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Eds. I. ROOTMAN et al. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
- ROSENSTOCK J.M.: *The health belief model and preventive health behavior*. „Health Education Monographs” 1974, no. 2.
- ROSIŃSKA K.: *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany*. W: *Psychologia zdrowia: konteksty pogranicza*. Red. M. GÓRNIK-DUROSE, J. MATEUSIAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2011.
- ROTTER J.B.: *Generalised expectation for internal versus external control of reinforcement*. „Psychological Monographs” 1966, no. 80.
- ROUND R., MARSHALL B., HORTON K.: *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne: Victorian Department of Human Services, 2005.

- RZYMELKA-FRĄCKIEWICZ A.: *Rola pedagogiki społecznej w kształtowaniu aktywnych postaw obywatelskich i demokratycznych w środowisku lokalnym*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- SADOWSKI I.: *Społeczna konstrukcja demokracji lokalnej*. Warszawa: Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, 2011.
- SCHWARZER R.: *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście terapeutyczne i nowy model*. Tłum. J. ŁUCZYŃSKI. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. HESZEN-  
-NIEJODEK, H. SEK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- SERAFIN T., PARZOWSKI S.: *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych. Programy prewencyjne w systemie bezpieczeństwa*. Warszawa: Difin, 2011.
- SEREDYŃSKA D.: *Badania profilaktyczne jako element zachowań zdrowotnych (doniesienie z badań)*. W: *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*. Red. M. KUCHCIŃSKA. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, 2004.
- SEK H., CIEŚLAK R.: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SEK, R. CIEŚLAK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.
- SHERIDAN CH.L., RADMACHER S.A.: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 1998.
- SIMMONS A. et al.: *Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity)*. Framework. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. 4.
- SKAWIŃSKA-LUTHER: *Rozwój i wykorzystanie kapitału społecznego w regionie*. W: *Kapitał społeczny w rozwoju regionu*. Red. E. SKAWIŃSKA. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- SKOMMER J., PURANDARE B.: *Promocja zdrowia*. W: *Profilaktyka i wybrane aspekty organizacyjno-prawne w zawodach medycznych*. Red. J.T. MARCINKOWSKI, A. KLIMBERG. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2011.
- SKRZYPEK M., POPIELSKI K., ALBIŃSKA E.: *Zdrowie i choroba jako przedmiot badań multidyscyplinarnych. Wybrane zagadnienia*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.

- SKULICZ D.: *Badania opisowe i badania diagnostyczne*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. PALKA. Gdańsk: GWP, 2010.
- SŁOŃSKA Z.: *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.
- SŁOŃSKA Z.: *Socjologia a promocja zdrowia*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2009.
- SOBÓTKA J. et al.: *Rozwiązywanie Problemów dla Poprawy Zdrowia – programy promocji zdrowia realizowane w Polsce we współpracy z Dreyfus Health Foundation*. „Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, nr 92 (4).
- SOCHOCKI M.J.: *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*. „Trzeci Sektor” 2006, nr 7.
- SYGIT M.: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2010.
- SYREK E.: *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- SYREK E.: *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne 2009.
- SYREK E.: *Promocja zdrowia w sytuacji zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. W: *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne (rozpoznanie i przeciwdziałanie)*. Red. A. NOWAK. Kraków: „Impuls”, 2000.
- SYREK E.: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2001.
- SYREK E.: *Środowisko, kultura i zdrowie*. W: E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009.
- SYREK E.: *Wieloczynnikowe znaczenie środowiska życia dla zdrowia człowieka*. W: *Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni edukacyjnej (inspiracje...)*. Red. J. MODRZEWSKI, M.J. ŚMIAŁEK, K. WOJNOWSKI. Kalisz–Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2008.
- SYREK E.: *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1987.

- SYREK E.: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008.
- SYREK E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000.
- SYREK E.: *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001.
- SZATUR-JAWORSKA B.: *Diagnoza i diagnozowanie w polityce społecznej*. W: *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- SZATUR-JAWORSKA B.: *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2005.
- SZYSZKA M.: *Promocja zdrowia w rodzinie – zadanie dla polityki rodzinnej*. W: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Red. K. POPIELSKI, M. SKRZYPEK, E. ALBIŃSKA. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2010.
- ŚLIWA M.M.: *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*. Katowice: Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, 2001.
- ŚMIAŁEK M.J.: *Zjawisko przywództwa w relacjach podmiotów przestrzeni (zawsze) edukacyjnej*. W: *Relacje podmiotów (w) lokalnej przestrzeni edukacyjnej (inspiracje...)*. Red. J. MODRZEWSKI, M.J. ŚMIAŁEK, K. WOJNOWSKI. Kalisz–Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2008.
- THEISS M.: *Krewni – znajomi – obywatele. Kapitał społeczny a lokalna polityka społeczna*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2012.
- THUROW L.C.: *Płyta trzecia: demografia – wzrost liczby ludności, mobilność, starzenie się*. W: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*. Wybór i oprac. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, K. ZAMORSKA. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2003.
- TITKOW A.: *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2009.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
- TRAFIAŁEK E.: *Polityka społeczno-gospodarcza. Wybrane problemy i zadania*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”, 2012.
- TSOUIROS A., GREEN G.: *Health Promotion International: Special supplement on European Healthy Cities*. „Health Promotion International” 2009, vol. 24, no. S1.



- TULLI R.: *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2009.
- TUREK A., SERAFINOWSKA-GABRYEL M.K.: *Wybrane czynniki mające wpływ na realizację programów promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień w środowiskach gminnych*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. RATAJCZAK, I. HESZEN-NIEJODEK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- URAMOWSKA-ŻYTO B.: *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2009.
- URAMOWSKA-ŻYTO: *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001.
- URBANIAK-ZAJĄC D.: *Co legitymizuje (uzasadnia) działania pedagogiczno-społeczne*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- WALANCIK M.: *Wybrane obszary pedagogiki społecznej – bezpieczeństwo społeczne w Polsce*. V: *Vybrané problémy slovenskej a pol'skej sociálnej pedagogiky (História – súčasnosť – perspektivy)*. Red. J. HRONCOVÁ, M. WALANCIK. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2009.
- WASYLEWSKI R.: *Lokalna polityka społeczna*. W: *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- WASZKIEWICZ L.: *Zagadnienia polityki zdrowotnej*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WRÓŃSKA. Stalowa Wola: Wydział Nauk Społecznych KUL, Filia w Stalowej Woli, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, 2000.
- WHITELAW S. et al.: *Developing capacity and achieving sustainable implementation in healthy 'settings': insights from NHS Health Scotland's Health Promoting Health*. Service project. „Health Promotion International” 2011, vol. 27, no. 1.
- WHITELAW S. et al.: *„Settings” based health promotion: a review*. „Health Promotion International” 2001, vol. 16, no. 4.



- WIATROWSKI Z.: *Pedagogika społeczna a inne obszary wiedzy naukowej*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MARYNOWICZ-HETKA. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- WINIARSKI M.: *Edukacja w środowisku lokalnym*. W: *Wielowymiarowość przestrzeni i środowisk wychowawczych*. Red. W. THEISS, M. WINIARSKI. Warszawa: „Pedagogium” – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, 2011.
- WINIARSKI M.: *Przemiany lokalnego środowiska życia jako wyzwanie dla pedagogów społecznych*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- WŁODARCZYK C., POŹDZIOCH S.: *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001.
- WŁODARCZYK C., POŹDZIOCH S.: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. CZUPRYNA et al. T. 1. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, 2000.
- WOJNOWSKI K.: *Etyczne aspekty i moralne konteksty pracy pedagoga społecznego w środowisku lokalnym*. W: *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*. Red. B. KROMOLICKA. Szczecin: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego – Ars Atelier, 2008.
- WOJNOWSKI K.: *Początek przestrzeni...* W: *O przestrzeni edukacyjnej. Chaos – żywioły – ład. Parerga*. Red. K. WOJNOWSKI, M. MARCINKOWSKI. Kalisz–Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Pedagogiczno-Artystyczny, 2009.
- WOJTYNIAK B., GORYŃSKI P.: *Możliwości monitorowania stanu zdrowia ludności Polski – główne systemy informacyjne i podstawowe mierniki*. W: *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*. Red. J. HRYNKIEWICZ. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2001.
- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- WOYNAROWSKA B.: *Koalicje w promocji zdrowia*. „Lider” 1995, nr 10.
- WOYNAROWSKA B.: *Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Ignis, 1999.
- WOYNAROWSKA B.: *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, nr 90 (3).
- WOYNAROWSKA B.: *Podjęście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystywania w edukacji zdrowotnej*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. WOYNAROWSKA, M. KAPICA. Warszawa: KOWEZ, 2001.

- WOYNAROWSKA B.: *Szkoła promująca zdrowie*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: Ignis, 1999.
- WOYNAROWSKA B.: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*. Red. B. WOYNAROWSKA et al. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010.
- WOYNAROWSKA B.: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995.
- WOYNAROWSKA B., SOKOŁOWSKA M.: *Koncepcja i zasady tworzenia Szkoły Promującej Zdrowie*. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” [Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej] 2006, z. 10–11.
- WOYNAROWSKA B., STĘPNIAK K.: *Ewolucja koncepcji i modelu szkoły promującej zdrowie w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2002, nr 12.
- WOYNAROWSKA-SOŁDAN M., WOYNAROWSKA B.: *Wybrane zagadnienia metodyki edukacji zdrowotnej*. W: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011.
- WOŹNIAK Z.: *Ramy koncepcyjno-strategiczne programu lokalnej polityki społecznej*. „Praca Socjalna” 2003, nr 2 [wydanie specjalne].
- WROŃSKA I., MRÓZ-DUDA M.: *Pedagogika a zdrowie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola: Wydział Nauk Społecznych KUL, Filia w Stalowej Woli, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, 2000.
- WRZEŚNIEWSKI K., WŁODARCZYK D.: *Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SEK, R. CIEŚLAK. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. J.B. KARSKI. Warszawa–Kraków: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia–„Vesalius”, 2001.
- Zdrowie i edukacja prozdrowotna społeczeństwa polskiego na przestrzeni XIX i XX wieku. Wybrane aspekty*. Red. M. POŚLUSZNA. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2007.
- ZIEMSKI Z.: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa: Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, 1973.

ŻUKOWSKA Z.: *Styl życia a zagrożenia zdrowia jednostki i społeczeństwa w rozwijającej się cywilizacji*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MARYNOWICZ-HETKA. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.

## Akty prawne

*Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*. Dz.U. 2003, nr 96, poz. 873.

*Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym*. Tekst pierwotny: Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578. Tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1592. Pozyskano z: <http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-powiatowym/?q=powiat> (11.04.2012).

*Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa*. Tekst pierwotny: Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576. Tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590. Pozyskano z: [http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-wojewodztwa/?q=ustawa o sam](http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-5-czerwca-1998-r-o-samorzadzcie-wojewodztwa/?q=ustawa%20o%20sam) (11.04.2012).

*Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym*. Tekst pierwotny: Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95. Tekst jednolity: Dz.U. 1996, nr 13, poz. 74. Tekst jednolity: Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1591.

## Netografia

*The 7th Global Conference on Health Promotion*. Available on: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html> (29.08.2012).

*The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland, 10–14 June 2013*. Available on: [www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html) (15.11.2013).

BRZEZIŃSKA A.: *Promocja zdrowia a rozwój organizacji: podejście systemowe w promocji zdrowia*. Oprac. i tłum. na podstawie R. GROSSMAN, K. SCALA: *Health promotion and organizational development*. Vienna: WHO Regional Office for Europe, Health Promotion Unit, Lifestyles and Health Department, 1993. Pozyskano z: <http://www.staff.amu.edu.pl/~psiwr/wp-content/uploads/2012/12/5-Grossman-i-Scala-rozdzia%c5%82y-1-8.pdf> (27.03.2013).

*The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services*. Available on: <http://hphnet.org/> (3.01.2013).

*The Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Available on: <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html> (30.08.2012).

- „Małe ogródki” – kampania na rzecz zdrowego żywienia. Pozyskano z: <http://www.umtychy.pl/arttykul.php?s=1146,803> (8.02.2013).
- Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Available on: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/> (29.03.2013).
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*. Pozyskano z: [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (15.01.2013).
- „Problemy Higieny i Epidemiologii”. Pozyskano z: <http://phie.pl/> (25.11.2013).
- Procedura nadawania Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*. Pozyskano z: [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=66:materiay-dot.-programu-szkoa-promujca-zdrowie&Itemid=1105](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=66:materiay-dot.-programu-szkoa-promujca-zdrowie&Itemid=1105) (29.08.2012).
- Realizacja zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Prezentacja wyników badań realizowanych w wybranych gminach*. Warszawa 2010. Pozyskano z: [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/real\\_zaad\\_zp\\_16112011.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/real_zaad_zp_16112011.pdf) (11.04.2012).
- Report „Schools for Health in Europe network”*. Available on: <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/SHEstrategicplan20082012.pdf> (24.09.2009).
- Schools for Health in Europe. Member countries*. Available on: <http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm?act=tekst.tonen&tid=3> (29.08.2012).
- Spotkanie Regionalnych Koordynatorów Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie – 24 stycznia 2011 roku*. Pozyskano z: [http://www.wok.wroclaw.pl/upfiles/doPobrania/siecSzpitali/2011/siecSzpitali\\_spotkanie\\_110216.pdf](http://www.wok.wroclaw.pl/upfiles/doPobrania/siecSzpitali/2011/siecSzpitali_spotkanie_110216.pdf) (3.01.2013).
- Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich*. „Biuletyn” 2012, nr 41 (luty), s. 8. Pozyskano z: [http://www.szmp.pl/strona-8-biuletyn\\_informacyjny-strona-4.html](http://www.szmp.pl/strona-8-biuletyn_informacyjny-strona-4.html) (11.04.2012).
- Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego*. Pozyskano z: <http://ks.mkidn.gov.pl/pages/strona-glowna/strategia-rozwoju-kapitalu-spolecznego.php> (22.09.2012).
- Umiejętności życiowe – ważny komponent szkoły przyjaznej dziecku*. Oprac. V. TODOROVSKA-SOKOLOVSKA. Pozyskano z: [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=65:materia-y-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=65:materia-y-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105) (24.07.2012).
- Working together towards better health at work*. Available on: <http://www.enwhp.org/the-enwhp/aims-and-tasks.html> (30.08.2012).



Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

## Health promotion in local environment Theoretical assumptions and practical exemplifications (a pedagogical perspective)

### S u m m a r y

Issues concerning health and health promotion have been presented in numerous publications on medicine, psychology, sociology, economics and education. In most cases, they focus on theoretical analysis of health promotion concept which is subject to comparison with current knowledge in a given discipline. The author of the publication has undertaken an attempt to implement the health promotion concept in social education and to define the role of social pedagogue in local communities in increasing their health potential.

The literature of the subject contains reflections of Prof. Ewa Syrek on this issue, this publication, however, presents description of theoretical aspects, as well as an analysis of health promotion-related actions, which have been carried out so far in Silesian province.

Research activities should focus not only on acquiring knowledge on facts, phenomena and processes, both for individuals and communities, but also on describing, explaining and forecasting them, searching for cause- and result as well as statistical relations or obtaining data for the purpose of creating theoretical pedagogical knowledge and supporting practical aspects of pedagogy. The publication at issue serves all these purposes.

The book is intended for pedagogy students, especially of health pedagogy, but it can also be useful for students of nursing or postgraduate students of education, sociology, and medicine dealing with public health. It is also addressed to representatives of self-governments who implement pro-health initiatives in local communities and can be helpful in planning and carrying out health-promotion related projects.



Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

## La promotion de la santé dans le milieu local Les principes théoriques et les exemplifications pratiques (perspective pédagogique)

### R é s u m é

Les questions concernant la santé et la promotion de la santé sont présentées dans de nombreuses publications dans le champ de la médecine, psychologie, sociologie, économie et pédagogie. Leur contenu se concentre autour des analyses théoriques liées à l'idée de promotion de la santé, le plus souvent par rapport au savoir actuel du domaine scientifique donné.

Dans la présente publication l'auteur entreprend la tentative d'appliquer l'idée de promotion de la santé aux fins de la pédagogie sociale, et de définir des devoirs du pédagogue social envers des communautés locales dans le champ de multiplier leur potentiel de santé. Dans la littérature spécialisée on trouve des réflexions de prof. dr hab. Ewa Syrek sur ce sujet, pourtant dans la présente étude l'auteur non seulement présente une approche théorique, mais encore elle soumet à l'analyse des démarches précédentes de la promotion de la santé sur le territoire de voïvodie de Silésie. L'activité de recherche devrait s'exprimer à travers la découverte des faits, des phénomènes et des processus, de même par rapport aux individus qu'aux communautés humaines, mais également dans la description des faits et des phénomènes ainsi que du cours des processus, dans l'explication et le pronostic du cours des phénomènes examinés, dans la recherche des liens causaux ou statistiques, dans l'acquisition des données utiles dans la construction du savoir pédagogique et dans le soutien de la pratique pédagogique, ce qui était l'objectif de l'auteur.

La présente publication est adressée aux étudiants en pédagogie, surtout de la pédagogie de santé, mais elle peut être également utile pour les étudiants en soins infirmiers ou les étudiants en troisième cycle en domaine pédagogique, sociologique, médical liés à la santé publique. En plus, elle est destinée aux représentants des autorités locales, qui entreprennent des initiatives propageant la santé dans les communautés locales, et peut ainsi constituer une lecture utile dans la conception et la réalisation des projets du domaine de protection de la santé.







Redaktor  
Magdalena Starzyk

Projektant okładki  
Tomasz Bagiński

Redaktor techniczny  
Małgorzata Pleśniar

Korektor  
Marzena Marczyk

Łamanie  
Edward Wilk

Copyright © 2013 by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

**ISSN 0208-6336**  
**ISBN 978-83-226-2224-7**

Wydawca  
**Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**  
**ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice**  
[www.wydawnictwo.us.edu.pl](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)  
e-mail: [wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

Wydanie I. Ark. druk. 11,0. Ark. wyd. 10,5.  
Papier offset, kl. III, 90 g  
Cena 18 zł (+ VAT)

---

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.  
M. Rejnowski, J. Zamiara  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław



„[...] Z satysfakcją stwierdzam, że Autorka bardzo kompetentnie porusza się w obszarze problematyki związanej z promocją zdrowia, dając liczne świadectwa znajomości polskiej i obcej literatury pedagogicznej i socjologicznej, wykazując przy tym dobrą znajomość paradygmatów metodologicznych dla ujęć o charakterze interdyscyplinarnym. Punktem odniesienia wyników publikowanych badań i teoretycznych rozważań na temat promocji zdrowia czyni zagadnienia związane z istotą podejmowania strategicznych działań, których celem jest umożliwienie jednostkom wzmacniania kontroli nad swoim zdrowiem. Autorka, dokonując analizy pedagogicznej podejmowanej problematyki, podkreśla znaczenie dobrych praktyk z zakresu promocji zdrowia w procesie kształtowania u ludzi potrzeby i umiejętności przekształcania stylu życia w kierunku prowadzącym do optymalnego zdrowia.

Autorka przedmiotem analizy w swoich badaniach uczyniła rolę pedagoga społecznego w promowaniu zdrowia wśród społeczności lokalnej. Takie ujęcie problemu świadczy o tym, że dostrzega także aktualne zapotrzebowanie praktyków na tego rodzaju literaturę. Do tej pory zajmowano się bowiem głównie opracowywaniem strategii związanych z promocją zdrowia, niewiele miejsca poświęcając praktycznym działaniom pedagogów społecznych, którzy przecież nie tylko uczestniczą w przekształcaniu środowiska człowieka, lecz także są realizatorami zadań z zakresu polityki społecznej, których jednym z kluczowych obszarów jest dbałość o zdrowie mieszkańców. Stąd zaprezentowane przez Autorkę analizy i ich szczegółowa interpretacja mogą stanowić podstawę do kreowania ładu społecznego związanego ze zmianą myślenia grup i jednostek na temat zdrowia swojego i innych [...]”.

*Z recenzji dr hab. Anny Weissbrot-Koziarskiej*

**CENA 18 zł (+ VAT)**

**ISSN 0208-6336**

**ISBN 978-83-226-2224-7**